



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

BARRERAS PSICO-SOCIO-ESTRUCTURALES PARA LA TOMA DE LA CITOLOGÍA

CERVICAL EN MUJERES JUCHITECAS

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MINERVA SALDAÑA TÉLLEZ

DIRECTORA:

DRA. MARÍA E. MONTERO Y LÓPEZ LENA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. GUILLERMINA NATERA REY
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
DRA. KARLA UNGER SALDAÑA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DR. FRANCISCO JUÁREZ GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

México Cd. Mx.

FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 la vida por ponerme en este camino.

A mi entrañable amigo Juan Priante, quien me enseñó que sólo el amor es real, todo lo demás es ilusión y que su existencia alumbró a muchos corazones.

A mi abuelita por su guía, amor y fortaleza.

A mi tío Ilde a quien extrañamos siempre.

A las mujeres nube, quienes enriquecieron este trabajo y de quienes me siento parte.

Agradecimientos

Para la realización de este trabajo de investigación, convergieron la ayuda, interés y esfuerzo de muchas personas, quienes desde distintos espacios contribuyeron al enriquecimiento del mismo.

Agradezco de una manera especial a:

Honorable Comité

Agradezco a todos los miembros de mi comité María Montero, Guillermina Natera, Karla Unger, Juan José Sánchez Sosa y Francisco Juárez, quienes con su experiencia, paciencia, conocimiento e interés por la ciencia me guiaron durante todo el proceso. A María Montero en especial que me enseñó a querer y respetar a la Psicología y a la Ecología Social, quien comparte su amor por la tierra zapoteca y quien además se enamoró de este proyecto tanto como yo.

Mis maestros

Todos aquellos que valoran la educación y quienes de una u otra forma aportaron algo a este trabajo. En especial a Emily Ito por su compromiso y a Tania Rocha por su calidez humana.

Mi mamá

Quien con su amor y educación me ha formado, quien me ha enseñado que la humildad y la sensibilidad hacia otros son valores fundamentales. Gracias por contribuir a ser quien soy.

Mis tías

Marcia y Gris quienes me han dado el amor de madre.

Mi familia

Mi hermano quien es una parte de mí. A mis primos, tíos y a mi amada sobrina.

Mis amigos

Quienes son la familia elegida y que gracias a ellos la vida es más divertida. Gracias Ros, por sacarme una carcajada aún en los momentos difíciles, por hacer de la vida una fiesta y por motivarme siempre.

Mi esposo Federico

Por mostrarme lo que es el amor, por ser mí cómplice y por transitar esta aventura de vida de la mano conmigo.

Mis compañeros y amigos del doctorado

Laura y Grissel quienes compartimos emociones y sueños a lo largo del doctorado.

Índice

Agradecimientos	iii
Resumen/Abstract	viii
Introducción	xii
Parte I. Marco conceptual	1
1.1 Cifras, etiología y factores de riesgo del cáncer cervicouterino	1
1.1.1 El Virus del Papiloma Humano y factores de riesgo para su infección	1
1.1.2 El cáncer cervicouterino como un problema de salud pública en México y Oaxaca	3
1.1.3 Cáncer cervicouterino en población indígena y problemática de falta de registros oficiales del cáncer en indígenas mexicanos	4
1.1.4 Prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino	6
1.2 Factores psicosociales y culturales asociados a la detección oportuna del cáncer cervicouterino	10
1.2.1 Teorías y modelos vinculados con la detección oportuna del cáncer cervicouterino	12
1.2.1.1 Modelo de Creencias en Salud	12
1.2.1.2 Teoría de Locus de Control	21
1.2.1.3 Teoría de la Acción Razonada	26
1.2.2 Barreras para la toma de la citología cervical	30
1.2.2.1 Barreras estructurales	31
1.2.2.2 Barreras psicosociales	32
1.2.2.3 Barreras culturales	37
1.3 Semblanza sociocultural del contexto de estudio y problemática a abordar	39
1.3.1 Perfil sociodemográfico de Juchitán	41
1.3.2 Historia de la identidad de la mujer zapoteca	42
1.3.3 Perfil de salud y situación de cáncer	45
1.4 Planteamiento del problema	47

Parte II. Estrategia de investigación y resultados	49
Objetivo general	49
Objetivos específicos	49
Tipo de estudio	49
Diseño de la investigación	50
Participantes y muestreo	51
Participantes fase 1. Personal de salud	51
Participantes fase 2. Mujeres con antecedentes de toma de citología cervical	52
Participantes fase 3. Mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical	56
Estrategias de recolección de la información	60
Ejes temáticos fase 1. Personal de Salud	60
Ejes temáticos fase 2. Mujeres con antecedentes de toma de citología cervical	61
Ejes temáticos fase 3. Mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical	61
Procedimiento	61
Análisis de la información	65
Ejes de análisis y categorías por fases	68
Criterios de rigor científico	69
Consideraciones éticas en la investigación	70
Resultados	70
Resultados fase 1. Personal de Salud	70
Resultados fase 2. Mujeres con antecedentes de toma de citología cervical	85
Resultados fase 3. Mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical	98
Integración de resultados	109
Parte III. Discusión, limitaciones y prospectiva	117
3.1 Respuesta a la pregunta de investigación	117
3.2 Acerca de las características de la población	118
3.3 Acerca de las barreras identificadas	120
3.3.1 Acerca de las barreras estructurales	120
3.3.2 Acerca de las barreras psicosociales	126
3.3.3 Acerca de las barreras culturales	131
3.4 Propuesta de análisis de resultados, una visión a través del Modelo Ecológico	

Social	135
3.5 Limitaciones, aportes y prospectiva	139
3.5.1 Limitaciones conceptuales	139
3.5.2. Aportes	140
3.5.2.1 Aportes conceptuales	140
3.5.2.2 Aportes metodológicos	141
3.5.3 Prospectiva	141
Colofón	143
Referencias	144
Anexos	172

Resumen

El cáncer cervicouterino (CaCu) representa un problema de salud pública en México. Las mujeres de comunidades rurales e indígenas presentan mayor riesgo de morir por esta enfermedad que las mujeres de las zonas urbanas. El estado de Oaxaca registra la mayor mortalidad por esta enfermedad y Juchitán uno de los municipios con mayores muertes en el estado. El estudio sobre las barreras que enfrenta la población indígena mexicana para acceder a la toma de la citología cervical es escaso. El objetivo general de esta investigación fue identificar las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural, para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas. Tipo de estudio exploratorio-descriptivo (Kerlinger & Lee, 2002) de corte cualitativo. Diseño estudio de casos Chetty (1996), Eisenhardt (1989) con 3 grupos independientes: a) Personal sanitario de centros de salud públicos de primer nivel y privados de Juchitán (9 participantes en 6 clínicas de sector público elegidas por la afluencia de pacientes y 2 organizaciones no gubernamentales) b) 7 mujeres juchitecas con antecedentes de toma de citología cervical. c) 7 mujeres juchitecas sin antecedentes de toma de citología cervical. Se utilizó un muestreo intencional (Kerlinger & Lee, 2002), se utilizó el criterio de saturación teórica (Creswell, 1998), se aplicaron entrevistas semi-estructuradas, se realizó análisis de contenido. Las categorías encontradas en las tres fases fueron similares casi en su totalidad. A nivel estructural se encontraron la tardanza en la entrega de resultados, falta de material, espacios para la toma y recursos humanos y el maltrato por parte del personal de salud. Con relación a las barreras psicosociales, se identificó el bajo nivel educativo y bajo nivel económico, la desinformación y el miedo a la prueba y a que les digan que tienen algo “malo”. Una mala experiencia de la toma fue un obstáculo para regresar. Las barreras culturales fueron la actitud de la pareja ante la prueba, el tabú de la sexualidad, los mitos/creencias, las costumbres/cosmovisión y la falta de traductores. Los roles rígidos de género se reportaron por ambos grupos de mujeres y la falta de apoyo social por aquellas que nunca se la habían realizado. Este estudio refleja que las mujeres juchitecas se enfrentan a múltiples barreras para la toma de la prueba. Se evidencia el desinterés por parte del sistema de salud para incluir aspectos culturales en los programas y servicios que prestan, lo que implica conductas discriminatorias. Educar e informar a la población en su lengua, cuidar y respetar la exposición del cuerpo y establecer una política sanitaria clara e incluyente, son aspectos fundamentales al diseñar programas de detección oportuna en esta población. Finalmente se hizo una propuesta desde el

Modelo Ecológico Social (Bronfenbrenner, 1977) para integrar de forma eficaz y dinámica algunos de los factores críticos que influyen en la toma de la citología cervical, Se asumió y documentó que el modelo conceptual referido ofrece entre otras ventajas conceptuales y metodológicas un referente capaz de situar y analizar de manera sistemática las interrelaciones entre factores relevantes que influyen en la promoción y adherencia a medidas de detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres juchitecas.

Palabras Clave: Papanicolau, detección oportuna, cáncer cervicouterino, mujeres juchitecas, ecología social.

Abstract

Cervical cancer represents a public health problem in Mexico. Women from rural and indigenous communities are at higher risk of dying from this disease than urban women. The state of Oaxaca registers the highest mortality and Juchitan one of the municipalities with the highest number of deaths in the state. The study of the barriers faced by the Mexican indigenous population to access cervical cytology is limited. The general objective of the research was to identify the structural, psychosocial and cultural barriers to get a cervical cytology in women from Juchitan. Exploratory-descriptive study (Kerlinger & Lee, 2002) with qualitative approach was conducted. Cases study design Chetty (1996), Eisenhardt (1989) with 3 independent groups: a) Health professionals of first level public health centers and private in Juchitan (9 participants in 6 public clinics chosen by the influx of patients and 2 no governmental organizations) b) 7 female patients with a history of cervical cytology. c) 7 female patients with no history of cervical screening. Intentional sampling was used (Kerlinger & Lee, 2002), theoretical saturation was performed, semi-structured interviews were applied and content analysis was accomplished. The categories found in the three phases were similar almost in their entirety. At the structural level the delay in delivery of results, lack of material, spaces for the taking and human resources and the abuse by the health personnel were identified. Psychosocial barriers were identified, as low educational and economic level, disinformation and fear of being tested and told to have something "bad." A bad experience of the test was an obstacle to return. Cultural barriers were the attitude of the partner to the test, the taboo of sexuality, myths / beliefs, customs /cosmovision and the lack of translators. Rigid gender roles were reported by both groups of women and the lack of social support by those who have never done the test. This study reflects that women from Juchitan face multiple barriers to taking the test. There is evidence of a lack of interest in the health system to include cultural aspects, which implies discriminatory behavior. Educating and informing the population in their language, taking care of and respecting the body's exposure and establishing a clear and inclusive health policy are fundamental aspects in designing detection programs in this population. Finally, a proposal was made from the Social Ecological Model (Bronfenbrenner, 1977) to integrate effectively and dynamically some of the critical factors that influence the cervical cytology, it was assumed and documented that the referred conceptual model offers among other advantages conceptual and methodological a

reference capable of systematically situating and analyzing the interrelationships between relevant factors that influence the promotion and adherence to cervical screening in women of Juchitan.

Key Words: Papanicolau, screening, cervical cancer, juchitecas women, social ecology.

Introducción

Aunque existen avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino (CaCu), éste representa la cuarta causa de mortalidad femenina en el mundo. En el año 2012, hubo 528.000 nuevos casos y 266.000 muertes por esta enfermedad (GLOBOCAN, 2012). En México, en el año 2008, se registraron 10.186 nuevos casos (IARC, 2008) y en el año 2012 fallecieron 3840 mujeres mexicanas por CaCu (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012).

Este tipo de cáncer tiene una alta probabilidad de curación si se detecta oportunamente. En países desarrollados, se ha visto que la disminución de la mortalidad por CaCu, se debe principalmente a la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y malignas a través de los programas de detección oportuna del CaCu (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f). Existen dos métodos de detección oportuna, la captura de híbridos y la toma de la citología cervical o Papanicolau (Pap) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015). El Pap es el principal método de detección oportuna a nivel mundial y el más usado (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2006).

En México, los primeros programas encaminados a la detección oportuna del CaCu se crearon hace aproximadamente 40 años, sin embargo, -a diferencia de algunos países desarrollados- la mortalidad por esta enfermedad no ha disminuido como se esperaba. En el año 1974 arrancó el Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer (PNDOC), no obstante, la tasa de mortalidad por CaCu durante los 25 años siguientes no disminuyó como en otros países, debido a la baja cobertura y a los bajos estándares de calidad de los programas (Lazcano-Ponce et al., 1999). Existen múltiples estudios y análisis que han investigado la problemática que existe en la implementación de los programas de detección del CaCu en México y en países de América Latina, cuyos resultados han documentado incumplimiento de normas de bioseguridad, deficiencia en la calidad de la toma de las muestras, errores en la interpretación de las pruebas y presencia de barreras socioculturales que dificultan que las mujeres acudan a dichos programas y permitan someterse a la toma de la citología cervical (Alonso, Lazcano-Ponce & Hernández, 2005; Hidalgo, 2006; Noreña-Quiceno, & Tamayo-Acevedo, 2010; Salinas-Martínez et al, 1997).

Las mujeres de comunidades indígenas en países como Australia, Nueva Zelanda, Canadá y Estados Unidos, tienen los índices más altos de mortalidad por esta enfermedad, asociados a una detección tardía (Vasilevska, Ross, Gesink, & Fisman, 2012). No obstante, en México no existen cifras oficiales ni epidemiológicas relacionadas con el cáncer en esta población. Instituciones como el INEGI, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y la Secretaría de Salud (SS) no cuentan con datos estadísticos ni epidemiológicos en torno al cáncer y su detección oportuna en población indígena (Saldaña, Ascencio, & Rangel, 2014). Sin embargo, aunque no existe un registro nacional y detallado del cáncer en cada una de las etnias indígenas en México (no se sabe cuántas mujeres de cada etnia son diagnosticadas de manera oportuna o tardía, cuántas reciben o no tratamiento, cuántas mueren, etc) la mortalidad por CaCu en regiones indígenas es mayor que el nivel nacional, el cual registra casi 14 muertes por cada 100 mil mujeres y en estas regiones casi se duplica (Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino, 2011). El estado de Oaxaca, que concentra la mayor población indígena total en México con el 33.8%, registró la tasa de mortalidad más alta en todo el país por CaCu con un 20.1/100.000 en el año 2010 (OPS, 2010), incluso mayor que la que se dio en África de 17.6/100.000 en el año 2008 (GLOBOCAN, 2012). De acuerdo con un estudio realizado por García-Rojas et al. (2011) los municipios en este estado donde ocurrieron el mayor número de muertes por CaCu son Oaxaca de Juárez, San Juan Bautista Tuxtepec, Salina Cruz, Huajuapán de León y Juchitán de Zaragoza.

A pesar de la evidencia descrita, la investigación sobre las razones de una mayor mortalidad por CaCu en mujeres indígenas en México es escasa. Algunos estudios sugieren que dicha mortalidad se asocia con una detección tardía por falta de recursos económicos, pobreza y dificultad en el acceso a los servicios (Condon, Barnes, Cunningham, & Armstrong, 2004). La literatura muestra que las barreras para la toma de la citología cervical, que pueden ser estructurales, psicosociales, culturales o de otra índole, varían en cada grupo social, debido a que cada grupo étnico tiene distintas y particulares características demográficas, sociales y culturales, que influyen en la asistencia a programas de detección oportuna de CaCu, lo que impacta de manera importante en la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. En razón de los niveles de mortalidad por CaCu en Juchitán, de las particularidades socioculturales que presenta la población zapoteca y de la necesidad de documentar algunos de los componentes psicosociales y estructurales que contribuyen u obstaculizan la ejecución de conductas

preventivas de salud en este grupo étnico, se consideró estratégico estudiar las barreras que existen en esta región para la toma de la citología cervical.

Con base en lo anterior, en esta investigación se propuso identificar las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural que influyen en la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas, desde la voz del personal de salud encargado de estos programas de detección oportuna, las mujeres con antecedentes de la toma de la citología cervical y mujeres sin antecedentes de la toma. La información obtenida permitió conocer algunas de las necesidades de atención en salud, enfocadas a la detección oportuna del CaCu en mujeres juchitecas y aporta elementos importantes para el diseño de programas de intervención más efectivos a favor de la salud sexual de mujeres indígenas.

Parte I. Marco conceptual

1.1 Cifras, etiología y factores de riesgo del cáncer cervicouterino

1.1.1 El Virus del Papiloma Humano y factores de riesgo para su infección. El virus del papiloma humano (VPH) es transmitido por vía sexual, se contrae por contacto genital, vaginal, anal y por piel. Por lo menos el 50% de las personas con historia de vida sexual, contraerá el VPH en algún momento de su vida (FDA Office of Women's Health. s.f.). La infección del VPH es asintomática y las personas que lo tienen pueden estarla transmitiendo sin saberlo, por lo que los principales factores asociados tienen que ver con el comportamiento sexual (Castellsagué, 2008; Lizano-Soberón, Carrillo-García, & Contreras-Paredes, 2009).

Hace alrededor de 30 años, se vinculó la infección del VPH con el desarrollo del cáncer cervicouterino (CaCu) (Lizano-Soberón et al., 2009). Castro-Vásquez y Arellano-Gálvez (2010) señalan que la infección del VPH se encuentra presente en el 99.7% de los casos positivos del CaCu. En México, se ha reportado que la presencia de este virus, aumenta 78 veces la probabilidad de presentar este tipo de padecimiento oncológico. El VPH es una infección muy común, sin embargo, muchas personas que lo contraen lo eliminan sin desarrollar manifestaciones clínicas. Sólo pocas personas con la infección del VPH, desarrollan CaCu. Un factor ya establecido que explica parcialmente el riesgo del CaCu es el tipo de virus del VPH (Baseman & Koutsky, 2005).

Existen varios tipos de VPH, muchos de ellos no se relacionan con el cáncer. El desarrollo del cáncer debido a la infección del VPH es poco frecuente y los factores que lo inducen no están del todo claros (Lizano-Soberón et al., 2009). El proceso y avance de lesiones precancerosas puede tardar de 1 hasta 10 años y está asociado a una infección persistente del VPH (Schiffman & Kjaer, 2003). De acuerdo con Muñoz et al. (2003) en una base de datos de 11 estudios de caso y control de la asociación entre VPH y CaCu, se encontraron 15 tipos de VPH clasificados como de alto riesgo para desarrollar CaCu, 3 tipos como probables de alto riesgo, 12 tipos como bajo riesgo y 3 tipos sin determinar el riesgo (ver tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de riesgo tipos de VPH (Muñoz, et al., 2003)

Tipo de Riesgo	Tipos de VPH
Alto riesgo	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56,58, 59, 68, 73, 82
Probable alto riesgo	26, 53, 66
Bajo riesgo	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108
Riesgo sin determinar	34, 57, 83

El VPH tipo 16, es uno de los virus más comunes en los casos de CaCu (Baseman & Koutsky, 2005). Este tipo de virus además de ser el más común, es la causa de más de la mitad de los tumores de cérvix, así como el tipo 18 responsable del 20% de éstos (Lizano-Soberón et al., 2009). Por lo que se puede concluir que el CaCu está altamente asociado a la infección del VPH, el cual como ya se describió es considerado una enfermedad de transmisión sexual (Durán-Arenas, Garrido-Solano, & Hernández-Ramírez, 2010).

Con relación a los factores de riesgo para la infección del VPH, así como se ha mencionado anteriormente, la conducta sexual es factor de riesgo para la infección del VPH. López-Saavedra y Lizano-Soberón (2006) plantean que el CaCu sigue la línea característica de las enfermedades de transmisión sexual. Estos autores identificaron diversos estudios que identifican los factores de riesgo para la infección de este virus (véase tabla 2).

Tabla 2

Factores de Riesgo para la Infección del VPH (López-Saavedra & Lizano-Soberón, 2006)

Autor	Año	Factores de Riesgo
Burk, Ho, Beardsley, Lempa, Peters & Bierman	1996	Promiscuidad: Asociado a conductas sexuales de mujeres jóvenes y de sus parejas masculinas.
Burk, et al	1996	Edad: Encontraron menor prevalencia de infección por VPH en mujeres de edad avanzada en comparación con mujeres más jóvenes. La prevalencia de la infección por VPH fue de 36% en las mujeres menores de 25 años de edad y 2,8% en mujeres

		de 45 años o más.
Adam, et al	2000	Edad: la infección es más común en mujeres jóvenes (18-30 años) que ya iniciaron vida sexual.
López y Lizano	2006	Inicio de vida sexual a temprana edad. Historia de enfermedades de transmisión sexual Verrugas genitales Test de Pap con resultados anormales Pareja sexual con historia de CaCu o cáncer de pene Co-infección con otros virus como el de herpes Asociación significativa con la predisposición genética para desarrollar CaCu como consecuencia de la infección del VPH.
Castellsagué	2008	Edad de inicio de vida sexual, alto número de parejas sexuales y contacto sexual con parejas de alto riesgo

El rango de edad más común en las mujeres que desarrollan el CaCu es de 40 a 50 años, sin embargo, cada vez hay más mujeres jóvenes diagnosticadas de esta enfermedad con edades de entre 20 a 30 años de edad (López-Saavedra & Lizano-Soberón, 2006).

1.1.2 El cáncer cervicouterino como un problema de salud pública en México y Oaxaca.

Aunque existen avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, éste sigue siendo una de las causas más comunes de muerte a nivel mundial de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Representa la cuarta causa de muerte en mujeres en el mundo y séptima en tumores malignos. En el año 2012 se registraron a nivel mundial 528 000 nuevos casos, así como 270 000 fallecimientos, alrededor del 85% de los casos de CaCu y 87% de las muertes por esta enfermedad, se dio en países en vías de desarrollo (GLOBOCAN, 2012; OMS, s.f.). Latinoamérica por su parte, es considerada una población de alto riesgo para desarrollar esta enfermedad (Hidalgo-Martínez, 2006). En el año 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y aproximadamente 36.000 fallecieron por esta enfermedad en la región de las Américas (Organización Panamericana de Salud [OPS], s.f.). En América Central, se documentan al año 15,606 nuevos casos de CaCu, de los cuales, en México se registran 10,186 (World Health Organization [WHO], 2008).

En el año 2008 México registró una tasa de mortalidad de 9.7/100,000 y de manera alarmante, en el año 2010 fue de 13.1/100,000 en mujeres de 25 años y más. En el año 2012 se reportaron 3,840 muertes por esta enfermedad, ocupando el segundo lugar de mortalidad por neoplasias malignas en la mujer (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012; OPS, s.f.). En un estudio realizado por Palacio-Mejía, Rangel-Gómez, Hernández-Avila y Lazcano-Ponce (2003) se encontró que en el año 2000 se registraron 12 muertes de mujeres mexicanas cada 24 horas por CaCu y un aumento de 0.76% de mortalidad por este padecimiento.

En nuestro país, el CaCu es considerado una enfermedad de la pobreza, su más alta frecuencia y mortalidad se encuentran concentradas en estados del sur del país, sobretodo en áreas rurales, donde el riesgo de morir por este padecimiento es tres veces mayor, a diferencia de las zonas urbanas. Esta enfermedad se encuentra asociada con variables relacionadas a la pobreza como el nivel bajo o ausencia de escolaridad, desempleo, bajo nivel socioeconómico y dificultades en el acceso a los servicios de salud. Los autores consideran, que este tipo de cáncer es un problema de género y equidad. (Palacio-Mejía et al., 2003).

Lo descrito en el párrafo anterior es importante, ya que Oaxaca situado al sureste de México, es considerado uno de los estados más pobres del país. Oaxaca registró la tasa de mortalidad más alta en todo el país por CaCu con un 20.1/100,000 en el año 2010 (OPS, 2010), incluso mayor que la que se dio en África de 17.6/100,000 en el año 2008 (GLOBOCAN, 2008).

Según cifras del Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo (Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo [CIEDD], 2013) en el año 2011, la tasa de mortalidad en Oaxaca por CaCu fue de 18.10/100,000 mujeres y de 17.24/100,000 en 2012.

1.1.3 Cáncer cervicouterino en población indígena y problemática de falta de registros oficiales del cáncer en indígenas mexicanos. Varios estudios realizados en los países de Australia, Polinesia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos han reportado que la mortalidad por CaCu en población indígena, es mayor debido a retrasos en el diagnóstico oportuno, ya que la participación de éstas mujeres en los programas de detección oportuna es baja (Binns & Condon, 2006; Dachs et al., 2008) lo que las hace más propensas a presentar un elevado riesgo de cáncer cervical invasivo y cáncer relacionado a la mortalidad. Los autores reportan que una explicación plausible, es la situación similar de marginación socioeconómica en la que viven.

Por lo tanto, las mujeres indígenas tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad que el resto de la población femenina, sugiriendo que estas diferencias pueden deberse a barreras estructurales, sociales o individuales en la detección temprana (Dachs, et al. 2008, Vasilevska, et al., 2012).

Es importante recalcar que en Australia donde a pesar de que se ha llevado un registro epidemiológico del cáncer en poblaciones indígenas hace aproximadamente 20 años, aún existen rezagos y fallas en las cifras del CaCu en estas poblaciones (Bailie, Sibthorpe, Anderson & Smith, 1998). En Nueva Zelanda, no existen datos publicados en cuanto a las diferencias en el manejo del CaCu por origen étnico y no hay datos exactos de estadísticas de CaCu y detección en poblaciones indígenas en todas las islas de Polinesia (Dachs, et al. 2008). Estas deficiencias y sub-registros en mujeres indígenas conlleva a problemas en la planeación, implementación y monitoreo de los programas de detección (Bailie, Sibthorpe, Anderson & Smith, 1998).

Por su parte en México a diferencia de países como Australia o Canadá, no cuenta con registros oficiales ni epidemiológicos relacionados con el cáncer en población mexicana, aunado a esto, existe un problema de subregistro de casos más acentuado en poblaciones indígenas debido a sus condiciones de marginación (se podría suponer que dado que tienen más problemas de acceso a los servicios de salud, los casos no queden registrados en ningún lado, además de que en los centros de salud no se indaga sobre su condición indígena en la historia clínica), instituciones como el INEGI, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y la Secretaría de Salud (SS) no cuentan con datos estadísticos ni epidemiológicos en torno al cáncer en población indígena (Saldaña et al., 2014). De acuerdo con el Programa Operativo Anual [POA] (2011) la mortalidad por CaCu a nivel nacional en las regiones indígenas casi se duplica que el nivel nacional, éste registra casi 14 muertes por cada 100 mil mujeres. En los estados de Chiapas, Veracruz y Oaxaca que tienen un gran porcentaje de población indígena, se registran las tasas más altas de mortalidad (Secretaría de Salud [SS], 2004).

Además del atraso que hay en los registros epidemiológicos, se suma otra problemática en la población indígena; las dificultades para el acceso a la seguridad social. En el año 2005 en México, se registraron 7, 094, 608 de indígenas sin acceso a la seguridad social, lo que representó el 72.5% de la población indígena total (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007). Por su parte, el programa IMSS-Oportunidades reportó que

atienden a 3.4 millones de indígenas en planes de salud, los cuales incluyen un Modelo de Salud Ginecológica (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2007). El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 informó que hay rezagos importantes para acceder a las instituciones de seguridad social por parte de la población indígena (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007).

Estos datos pueden darnos un panorama de la magnitud del problema. Por una parte, no se tiene un registro oficial y exacto del CaCu en mujeres indígenas; por otro lado, las dificultades de acceso a servicios de salud que enfrenta esta población nos sugieren que la detección oportuna del CaCu en mujeres indígenas es un problema de salud cuya atención es impostergable.

1.1.4 Prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino. Existen distintos métodos para la prevención y el diagnóstico oportuno del CaCU. Las recomendaciones varían de acuerdo a la edad de las mujeres. La OMS (2015) recomienda que se aplique como método preventivo la vacuna contra el VPH a niñas de entre 9 y 13 años que no hayan iniciado vida sexual. A pesar de que la vacunación ya lleva varios años implementándose como medida de salud pública, se recomienda que toda mujer a partir de los 25 años se lleve a cabo pruebas de detección oportuna, o 3 años a partir del inicio de vida sexual activa, lo que ocurra primero.. Dentro de las pruebas de detección temprana se encuentran la prueba para detectar el VPH, la cual detecta infecciones ocasionadas por este virus que pudieran evolucionar en lesiones premalignas que de no ser atendidas se pueden convertir en cáncer. La citología cervical, comúnmente conocida como prueba de Papanicolaou, detecta los cambios en las células del cuello uterino provocados por infecciones con VPH. Por último, existe una prueba más sencilla para lugares donde no se cuenta con acceso a las pruebas antes mencionadas, que es la inspección visual con ácido acético, el cual es un método para detectar cambios tempranos en las células visibles por un espéculo que inspecciona el cérvix (OPS, 2015).

Para fines de este estudio nos enfocaremos en la prueba del Papanicolaou, ya que este método es el más usual en los programas de detección oportuna y recomendado en la NOM para control del cáncer cervicouterino. Esta prueba debe su nombre a un médico de origen griego, George N. Papanicolaou quien se percató que las células de la vagina y del cuello del útero podían ser observadas utilizando una tinción. Esta técnica ha demostrado ser eficaz para identificar cambios en las células de la zona y poder atender de manera oportuna las lesiones precancerosas,

consecuencia de la infección del VPH lo que previene la progresión del cáncer (López-Saavedra & Lizano-Soberón, 2006).

El Pap posee la capacidad de detectar lesiones precancerosas que si son tratadas oportuna y adecuadamente son 100% curables, en caso contrario evolucionan y tienen altas probabilidades de que se conviertan en cáncer (Di Castro, 1996). En otras palabras, el CaCu se puede detectar oportunamente y en caso de que existan lesiones pre malignas, éstas reciban un tratamiento adecuado (SS, 2002). El uso de la prueba del Pap para detectar oportunamente lesiones precursoras del CaCu, es un avance en la prevención de esta enfermedad en mujeres con vida sexual (Papanicolaou & Traut, 1941). Por lo que, el hecho de no realizarse pruebas de Pap es un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad del CaCu (SS, 2011).

El procedimiento para realizar esta prueba consta de varios pasos, la mujer debe colocarse en posición ginecológica, el profesional de la salud introduce un espejo vaginal el cual se fija para poder visualizar el canal cérvico vaginal, se toma la muestra del exocérvix y del endocervix, se extiende la muestra sobre la laminilla y se fija la muestra (Ovalle, de Salud Pública, Social, Palma, Rosales, & Técnico, (s.f); SS, 1994^a).

Las acciones y recomendaciones sobre la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del CaCu son descritas por la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 (SS, s.f). Dicha norma recomienda que se realicen el Pap para prevenir la enfermedad:

1. Mujeres menores de 18 años de edad que hayan iniciado vida sexual.
2. Mujeres con edades de 25 a 64 años de edad.
3. Mujeres con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual e infecciones cervico-vaginales producto del VPH.
4. Mujeres con historia de parejas sexuales múltiples y del hombre con parejas múltiples.
5. Mujeres con desnutrición.
6. Mujeres con antecedentes de tabaquismo
7. Mujeres con deficiencia de antioxidantes e inmunodeficiencias

De acuerdo a la NOM-014-SSA2-1994 las mujeres que se hayan realizado dos citologías cervicales previas de manera anual consecutivas y que el resultado haya sido negativo de infección del VPH, displasia o cáncer deberán realizarse el Pap cada tres años. También recomienda la realización del Pap de manera anual cuando el resultado de la citología es

infección por VPH, displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical grado I con colposcopia satisfactoria (SS, s.f.).

Gracias al impacto de las pruebas de detección temprana, las tasas de supervivencia del CaCu han mejorado en los últimos 40 años (O'Meara, 2002) en el mundo, sobre todo en países como Canadá, Estados Unidos y otras economías más consolidadas (OPS, s.f.), en donde, la reducción en la mortalidad por esta enfermedad, se ha atribuido a la eficacia en los programas de detección temprana y a la implementación del Pap (Behtash & Mehrdad, 2006). En países como Canadá, Estados Unidos y países nórdicos, los programas de detección oportuna del CaCu han sido efectivos, factores como una cobertura amplia y altos niveles de calidad en estos programas han logrado disminuir el cáncer en un 90% (Läära, Day, & Hakama, 1987). Sin embargo, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las tasas anuales de CaCu se mantienen altas, generalmente por arriba de 20 casos por cada 100.000 mujeres (OPS, s.f.).

La detección oportuna en el CaCu es fundamental para reducir el índice de mortalidad, la asistencia de manera regular a centros de detección temprana calificados y un adecuado seguimiento, influyen a la reducción de dicho índice (Sosa-Rubí, Walker, & Serván, 2009). Es importante mencionar que uno de los elementos esenciales para que un programa preventivo sea exitoso, es la participación de las mujeres. En relación con lo anterior, Herrero et al. (1992) reportaron en un estudio de casos y controles en México, que aquellas mujeres que se habían realizado un solo examen del Pap tenían de 2.3 a 2.5 veces mayor riesgo para desarrollar la enfermedad que las que se habían hecho más de un examen.

Se ha visto que en distintos países, sobre todo en vías de desarrollo, no existe la participación deseada, especialmente en zonas rurales. (Wiesner-Ceballos, Vejarano-Velandia, Caicedo-Mera, Tovar-Murillo, & Cendales-Duarte, 2006) (Akyüz, Güvenç, Yavan, Çetintürk, & Kök, 2006). La problemática del CaCu en países como México, se ha relacionado con deficiencias en los programas de prevención y detección oportuna, la toma e interpretación inadecuada de las muestras y un diagnóstico y tratamiento tardíos (Gutiérrez-Trujillo et al., 2006; Lazcano-Ponce & Yunes-Diaz, 2006). En México, entre el 60% y 80% de las mujeres diagnosticadas con CaCu, no se realizaron el Pap por lo menos cinco años atrás (SS, 2011).

En una encuesta realizada por Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003 la utilización de la detección del CaCu se calculó mediante el auto reporte de exámenes vaginales y de Pap que se realizaron las mujeres encuestadas de 18 a 69 años de edad,

preguntando si se habían realizado un examen pélvico y en caso de que la respuesta fuera afirmativa, sí se habían sometido a un examen de Pap. De acuerdo con esta encuesta, el promedio de la cobertura fue alrededor del 63%, sin embargo, si ésta se midiera de acuerdo con definiciones más restrictivas, incluyendo la prueba del Pap durante el examen pélvico, las tasas serían de manera aproximada de a 10 a 15 puntos porcentuales más bajas (SS, 2006).

Flores, et al. (2003) reportan que en México la prueba del Pap en lugar de servir como un método de detección temprana del CaCu, se emplea más a menudo para diagnosticar casos avanzados de esta enfermedad. Las mujeres mexicanas acuden de manera tardía a los programas de detección oportuna de cáncer y en el 55% de los casos de CaCu asisten porque presentan síntomas ginecológicos (Lazcano-Ponce, Nájera-Aguilar, Alonso, Buiatti, & Hernández-Ávila, 1996).

Enfocándonos a la población indígena en México, ésta generalmente sufre una desigualdad social viviendo en condiciones precarias en rubros como la educación, vivienda y servicios lo que conduce, manera indudable, al detrimento en la salud (Torres et al., 2003). Por su parte, Sosa-Rubí et al. (2009) han documentado que un mayor grado de marginación y los factores que rodean a la población indígena, son elementos de riesgo para una pobre conducta preventiva en CaCu, además recomiendan establecer como urgente el mejoramiento de los programas de prevención de esta enfermedad sobre todo en zonas rurales.

A pesar de la conocida vulnerabilidad para desarrollar CaCU y recibir atención oportuna en población indígena en nuestro país, existen pocos estudios acerca de las barreras culturales, psicosociales y estructurales para la participación en pruebas de tamizaje de los diferentes grupos étnicos que residen en México...Es posible que debido a la escasa información existente en este sentido, los programas oficiales de detección oportuna del CaCu en México no han tomado en cuenta para su estructura e implementación factores psicosociales, culturales y barreras estructurales en su población indígena, lo cual podría estar influyendo en la baja participación de las mujeres indígenas y en consecuencia, en el bajo impacto para reducir la incidencia y la tasa de mortalidad vinculadas con esta enfermedad, sobre todo en comunidades rurales e indígenas.

1.2 Factores psicosociales y culturales asociados a la detección oportuna del cáncer cervicouterino

Dentro del marco de la Psicología de la salud y conductas preventivas de salud, es necesario y fundamental para aumentar la asistencia de las mujeres a programas de prevención en CaCu, conocer las explicaciones que se han dado alrededor de las conductas en salud, es decir, saber las razones por las que algunos individuos adoptan determinadas conductas en salud y otros no, desde diferentes enfoques. En cuanto a la psicología de la salud, se ha intentado explicar la adopción de las conductas saludables por parte de los sujetos. Anteriormente, el mundo de la salud se encontraba orientado y dirigido a la enfermedad (Bernard & Krupat, 1994), el enfoque y los esfuerzos estaban concentrados en la cuestión curativa; sin embargo, en los últimos años, este enfoque curativo ha cambiado y se ha comprendido a la salud como un fenómeno bio-psico-social, el cual considera la opción del uso de algunas estrategias conductuales (Valdés, 2004).

De acuerdo con Conner y Norman (2005) la psicología se ha interesado en la salud, debido a que una parte considerable de la mortalidad y de sus causas, se atribuyen a la conducta y también porque ésta tiene la característica de que puede modificarse. Ehrenzweig (2007) afirma que los índices de morbilidad y mortalidad de un país, se relacionan con patrones específicos de comportamiento que pueden ser modificados, además de que cualquier persona puede adoptar comportamientos saludables para mejorar su salud y bienestar. En congruencia, es posible afirmar que existen variables psicológicas que influyen de alguna manera en el proceso de salud-enfermedad, por lo que es importante considerarlas para su estudio. Al reconocer que hay factores de tipo psicológico asociados con varias enfermedades físicas, el papel de la psicología se ha reconocido para la creación de modelos explicativos en el proceso de salud-enfermedad y para la implementación de algunas estrategias dirigidas a la promoción, prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación en varios problemas de salud (Morales, 1999). Por lo que, la psicología de la salud se ha preocupado por identificar los factores que influyen en las conductas saludables para conocer los motivos por los que las personas llegan a realizar estos comportamientos, con el objetivo de poder diseñar intervenciones eficaces que modifiquen las conductas saludables y poder contribuir a la salud de los individuos y las poblaciones (Ehrenzweig, 2007).

Sin embargo, en la conducta, la cognición también está implicada, por lo que las creencias y los pensamientos juegan un papel fundamental en el proceso de salud enfermedad (Ríos &

Mendoza, 2012). Desde la perspectiva cognoscitiva, lo que se estudia son variables que no tienen la cualidad de ser observadas de una manera directa, sin embargo se pueden inferir de las relaciones entre factores ambientales y conductuales (Dougher, 1995). Dentro de la categoría cognoscitiva, se encuentran las creencias, la autoeficacia, atribuciones, entre otras variables que han sido estudiadas por la Psicología de la Salud (Moreno & Gil, 2003). Las creencias, son consideradas importantes para ser estudiadas ya que son variables que pueden explicar la conducta humana (Gil, 1998). Los sujetos conciben su alrededor a través de las creencias, que tienen que ver con un marco de referencia explicativo, sin embargo, en ocasiones éstas no siempre se adecúan a la realidad, pues la persona tiende a buscar, acomodar y clasificar los acontecimientos de acuerdo con lo que cree. Pueden facilitar o limitar el cambio de conductas de acuerdo a qué tanto se ajusta la nueva información a aquellas (Dilts, Hallbom, & Smith, 1996). Como un elemento de la cultura, las creencias se desarrollan a través de procesos interactivos mediante los cuales el conocimiento se puede crear y modificar bajo la influencia de hechos, acontecimientos y experiencias personales (Montero, González, & Molina, 2008). Las creencias son factores importantes para interpretar las conductas en relación a la salud y la enfermedad, además, se ha demostrado que existe una fuerte relación entre la propensión a enfermar y las conductas preventivas (Álvarez, 2002).

Las creencias en salud son características individuales, duraderas que moldean e influyen la conducta, éstas se obtienen de la socialización, no son fijas y pueden ser distintas en personas con los mismos antecedentes (Rosenstock, 1974). Las creencias en salud juegan un papel importante en la adopción de conductas saludables. La importancia de estas creencias se da en función del valor que las personas le atribuyen a su estado de salud, en relación con los estereotipos sociales acerca de las enfermedades o alguna en particular (Ehrenzweig, 2007).

De esta manera, podemos inferir que las conductas saludables, estarán influenciadas por las creencias, las cuales son factores que influyen de una manera importante en las conductas de salud y dependen de sistemas sociales y culturales donde está inserta la persona. (Ehrenzweig, 2007).

Lo anterior es importante ya que ha influido en el desarrollo de teorías y modelos, especialmente relevantes son los aportes teórico-conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosociales de prevención, educación y promoción de la salud. Los avances en la teoría que respaldan las investigaciones e intervenciones en la práctica, han

ocurrido por su aplicación en las más diversas disciplinas que han generado los modelos de cognición social para estudiar e intervenir en el cambio de comportamientos relacionados con la salud (Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001). Así como afirman Smith, Orleans y Jenkins (2004), las acciones de prevención y promoción de la salud, pueden tener un impacto en la modificación de conductas, lo que significa poder mejorar la salud de las personas.

De acuerdo con la OPS (1998), varias teorías y técnicas que han demostrado ser eficaces en el área de las Ciencias Sociales, se han ido introduciendo a programas de salud y prevención de enfermedades. Dentro de la Psicología de la Salud, se han documentado modelos teóricos que buscan dar respuesta al por qué aparece la conducta de prevención de la enfermedad, algunos de ellos son: Modelo de Creencias de Salud (MCS), la Teoría de la Motivación por la Protección, la Teoría de la Autoeficacia y la Teoría de la Acción Razonada (Moreno & Gil, 2003).

1.2.1 Teorías y modelos vinculados con la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1.2.1.1 Modelo de Creencias en Salud. El Modelo de Creencias en Salud (MCS), fue desarrollado aproximadamente en los años 50, con la colaboración de varios psicólogos sociales, entre ellos: Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock, además de Derryberry quien es reconocido por crear la división de la conducta en el Departamento de Salud Pública en Estados Unidos (Cabrera et al; 2001; Moreno & Gil, 2003). Este modelo se desarrolló exclusivamente para explicar las conductas de salud como consecuencia de los esfuerzos que se iniciaron en la época de los 50, los cuales estaban orientados a detectar variables útiles para diseñar programas de educación para la salud (Becker, 1974; Hochbaum & Lorig 1992; Rosenstock, 1974). Los primeros objetivos del modelo estuvieron encaminados principalmente a encontrar respuestas a determinados problemas sociales, sobre todo a la educación para la salud, con el intento de entender el por qué los sujetos se rehúsan a realizar conductas preventivas en salud (Moreno & Gil, 2003).

El MCS ha sido de los más estudiados y considerado en un gran número de investigaciones que han querido predecir la conducta preventiva en salud, siendo uno de los más relevantes en el ámbito de la Psicología de la Salud y aplicado al estudio e intervención de las conductas individuales con efectos en la salud (Cabrera et al., 2001, Moreno & Gil, 2003). Desde sus orígenes, el principal objetivo del MCS fue la prevención. Se enfocó en el estudio de la conducta de evitación de la enfermedad, fue hasta la década de los 70, 20 años después de sus inicios,

cuando empezó a aplicarse a la respuesta conductual del sujeto una vez que los síntomas aparecían, como el cumplimiento del paciente con las indicaciones médicas (Becker, 1974; Kirscht, 1974).

El MCS (Becker, 1974) se centra en que la probabilidad de realizar una acción para evitar una enfermedad, es el resultado de un proceso en el que la persona, necesita creer varias cosas. Este modelo, está conformado básicamente por dos constructos o dimensiones, los cuales se derivan de la hipótesis que afirma que la conducta de las personas está influida principalmente por el valor que la persona le atribuye a cierta meta y por la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que cierta conducta pueda conseguir dicha meta (Moreno & Gil, 2003).

Maiman y Becker (1974) han descrito estas variables específicamente dentro del área de salud como el deseo de evitar la enfermedad o sanar si se está enfermo y la creencia de que adoptar una conducta saludable puede prevenir la enfermedad, o que si la persona está enferma una conducta puede ayudarle a que recupere la salud.

Por otro lado Rosenstock (1974) propuso cuatro dimensiones en el MCS:

1. Susceptibilidad Percibida: Se refiere a la vulnerabilidad y a la percepción subjetiva que tienen los sujetos a contraer una enfermedad.
2. Severidad Percibida: Abarca las creencias de los sujetos acerca de la gravedad que implica contraer una determinada enfermedad. Esta dimensión a su vez enuncia dos clases de consecuencias relacionadas con la pérdida de la salud:
 - Las implicaciones médicas como la muerte, la incapacidad y el dolor.
 - Las implicaciones sociales como las pérdidas en las relaciones sociales, familiares y laborales, entre otras.
3. Beneficios Percibidos: Esta dimensión se refiere, a las creencias de las personas en relación a qué tan efectivas son determinadas conductas para evitar contraer ciertas enfermedades o para enfrentarse a ellas. Dichas creencias están influidas por las normas y presiones del grupo social al que se pertenezca.
4. Barreras Percibidas: Creencias que tienen los sujetos en relación a las conductas para prevenir determinada enfermedad, las cuales son percibidas como negativas, por ejemplo: costosas, desagradables, dolorosas. Estas creencias actúan como barreras para la acción e interactúan con el resto de las dimensiones.

El MCS contempla un análisis hipotético de costos y beneficios percibidos por los sujetos, quienes evaluarán tanto la efectividad de la acción preventiva y los costos o barreras de tomarla (Janz y Becker, 1984). Sin embargo, algunos autores han descrito otra dimensión importante en el modelo, conocida como *claves para la acción*, que tienen que ver con las recomendaciones de los medios masivos de comunicación, el personal de salud, consejos de amigos y familiares entre otros (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974). La fuerza que se requiere para que una de estas claves tenga la función predictora de la conducta de salud, depende de cada persona y del grado de susceptibilidad y severidad percibida (Moreno & Gil, 2003). En la siguiente figura (ver figura1) podemos observar el MCS de manera gráfica, de acuerdo con los autores Becker y Maiman (1975).

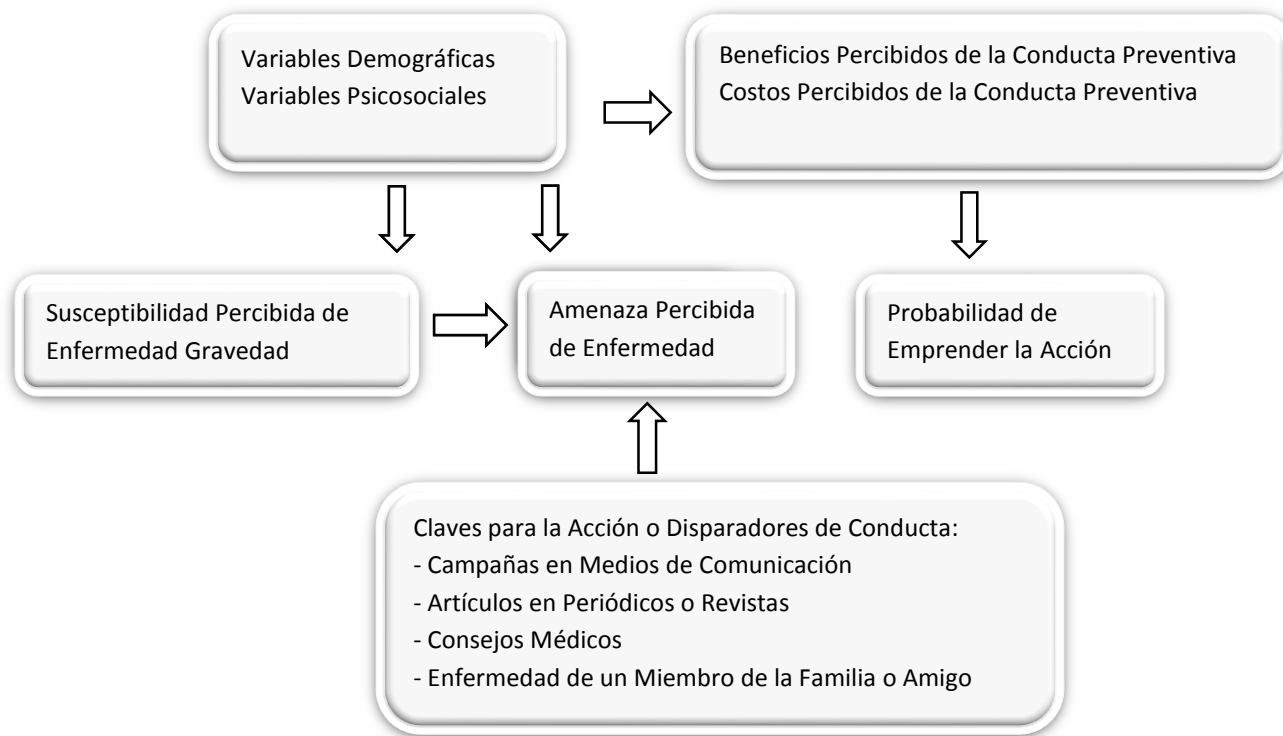


Figura 1. Modelo de Creencias en Salud (Becker & Maiman, 1975).

Por lo tanto, a lo que apuesta el modelo descrito, es a la predicción de la conducta de salud o preventiva. De esta manera, con base en dicho modelo se intenta predecir si ocurre o no determinada conducta de salud: si la persona se percibe susceptible de contraer cierta enfermedad, la cual percibe como grave y considera que determinada acción que tome será beneficiosa y no muy “costosa” (Weinstein, 1993).

En un meta análisis del MCS llevado a cabo por Harrison, Mullen y Green (1992) encontraron 234 estudios, en los cuales todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas; sin embargo, los valores de éstas resultaron relativamente pequeños. Como resultado de la escasa capacidad de predicción del modelo, varios autores han sugerido incorporar otras variables para mejorarlo. Por ejemplo, Becker, Drachman y Kirscht (1972) propusieron incorporar variables como la edad, sexo, ocupación, nivel socioeconómico, y conocimiento sobre la enfermedad, entre otras.

EL MCS ha incorporado variables provenientes de diversas teorías. Por ejemplo, de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) se retomó la autoeficacia como una variable explicativa. La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) explica el MCS de dos maneras. La primera, refiere las fuentes por las que el individuo crea sus expectativas; la segunda, alude a la autoeficacia, mediante la cual se intenta esclarecer qué tanto el individuo se cree capaz de realizar la conducta de salud (Rosenstock, Strecher, & Becker 1988). Cuando existe una baja autoeficacia se considera una barrera percibida, por lo que no está muy claro si la autoeficacia es una variable atributiva (característica del sujeto) o una variable contextual vinculada con alguna barrera externa al sujeto (Rosenstock et al., 1988; Strecher, Champion, & Rosenstock, 1997).

Un estudio realizado por Aalto y Utela (1997) usó el MCS incluyendo variables, como locus de control, autoeficacia, valor otorgado a la salud y apoyo social como predictoras de la adherencia en pacientes con diabetes. Los resultados demostraron que percibir pocas barreras predijo la adherencia. Asimismo, se encontró que el aumento de la autoeficacia y el apoyo social redujo el nivel de amenaza percibida (gravedad y susceptibilidad) facilitando eventualmente una mayor adherencia. Estos autores señalan que no hubo diferencias significativas en los factores del MCS en función de las variables sociodemográficas.

A pesar de lo descrito anteriormente, aún hay escasa literatura relacionada con la ampliación del MCS, además de que no hay consistencia entre éstos, pues proponen distintas modificaciones al MCS. En adición, el estudio de las variables sociodemográficas y socioculturales dentro del MCS es limitado (Manasco, 2008). En síntesis, y de acuerdo con los hallazgos reportados con base en el MCS, se puede inferir que la dimensión que más influye en el individuo, es la percepción de barreras para la acción preventiva en salud (Valenzuela & Miranda, 2001).

- *Modelo de Creencias en Salud y conductas de detección oportuna en cáncer.* Este modelo se ha asociado a conductas de detección oportuna del cáncer, por ejemplo, una investigación

realizada por Champion (1985) con una muestra de 301 mujeres estadounidenses, midió las variables del MCS: susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y motivación para la salud y la frecuencia de la autoexploración mamaria, los resultados avalan la predicción del MCS y la relación de éste con la autoexploración mamaria.

Norman y Brain (2005) usaron el MCS para investigar la autoexploración mamaria. Los autores ampliaron la categoría de las barreras percibidas incluyendo percepción de autoeficacia y percepción de emociones como barreras, así como las preocupaciones del cáncer de mama y conductas pasadas. Compararon tres grupos, categorizando la autoexploración mamaria en: infrecuente, apropiada y excesiva. Las variables más fuertes para una autoexploración mamaria infrecuente, fueron las barreras de percepción de emociones y autoeficacia percibida. Sin embargo, en este estudio no se mostró la relación entre las variables del modelo y los factores sociodemográficos (Manasco, 2008).

Otro estudio realizado por McKee (1986) en el cual empleó una muestra de 92 mujeres entre 36 y 60 años de edad, examinó el MCS y añadió el conocimiento como una variable mediadora entre las variables de locus de control y la ansiedad, para predecir la toma del Pap, sin embargo no se logró mejorar la predicción de la conducta. Los resultados arrojaron que la única variable del modelo con relación significativa fue la de beneficios percibidos.

Una investigación realizada con una muestra de 400 estudiantes del colegio de Nueva Inglaterra, usó el MCS para examinar las creencias y conductas relacionadas con la prevención del CaCu, encontró que dicho modelo sólo explicó el 15% de la varianza en la conducta de prevención y 11% en la intención de la conducta preventiva. Sin embargo, los autores consideraron que el MCS arrojó información importante y relevante sobre las creencias de las participantes (Burak & Meyer, 1997).

Gillam (1991) realizó una revisión de la literatura del MCS y las conductas de prevención del CaCu. La autora describe que en cuanto al constructo de susceptibilidad percibida, varios estudios han demostrado un malentendido generalizado acerca del CaCu y su detección. En el estudio de King (1987) por ejemplo, las mujeres percibieron un riesgo bajo. En cuanto a la gravedad percibida, las mujeres tienden a percibir el CaCu como una enfermedad que trae graves consecuencias, sin embargo, se encontró que el miedo a la detección es un factor que inhibe la asistencia, sobre todo en mujeres mayores y de clase socioeconómica baja (Gillam, 1991). En la misma revisión hecha por Gillam (1991) en cuanto a la percepción de barreras y beneficios, se

sugiere que el miedo a la enfermedad necesita ser diferenciado del miedo a la prueba, ya que son razones comunes para no asistir. Se encontró que un predictor fuerte para la no asistencia fue la creencia de que el Pap es doloroso, vergonzoso y desagradable. En particular, las mujeres mayores reportaron aversión a ser atendidas por médicos varones. En cuanto al constructo “claves para la acción” la autora encontró que falta investigación relacionada con las razones por las que las mujeres sí acuden a programas preventivos. Muchos estudios han investigado las razones por las que las mujeres no acuden a programas preventivos de CaCu, pero muy pocos han documentado factores que han influido en la asistencia. En una encuesta, se reportó que el 27% de las mujeres lo atribuyó a los medios de comunicación, mientras que el 15% a las recomendaciones de los profesionales de salud (Gillam, 1991).

Otra revisión sistemática que examina los factores socioculturales que influyen en la conducta de prevención del CaCu en inmigrantes y grupos étnicos minoritarios en Estados Unidos a través del MCS, incluyó 55 estudios. Se reportó que las creencias más comunes en todos estos grupos, fueron las actitudes fatalistas, desinformación del CaCu, miedo de que el Pap pudiera afectar la virginidad y la creencia de que el Pap sólo era necesario cuando la mujer ya estaba enferma (Johnson, Mues, Mayne, & Kiblawi, 2008). Según los autores, sólo 4 variables fueron consistentes a lo largo de los estudios: percepción de barreras, susceptibilidad percibida, claves para la acción y beneficios percibidos.

Austin, Ahmad, McNally y Stewart (2002) revisaron estudios relacionados con los factores que influyen en la conducta de prevención de cáncer de mama y CaCu usando el MCS en mujeres hispanas residentes de Estados Unidos. En cuanto a percepción de barreras, encontraron el miedo al cáncer, vergüenza y poca habilidad para el idioma inglés como las razones más comunes. En las mujeres hispanas, el miedo al cáncer está asociado con un fatalismo extremo en relación con la enfermedad, piensan que no puede ser curado y que el diagnóstico es una sentencia de muerte.

En cuanto a la susceptibilidad percibida, se encontró que las mujeres no creen necesarias ni la mastografía ni el Pap, no ven la prevención como un asunto prioritario, no se perciben vulnerables a desarrollar la enfermedad, sobre todo si no presentan síntomas. En claves para la acción, indicaron como importantes las recomendaciones médicas (la más importante), material escrito como periódicos de la comunidad, los medios de comunicación y la información que proporcionan las iglesias.

En una revisión de la literatura más reciente, realizada por Tanner-Smith y Brown (2010), donde el objetivo fue, evaluar la utilidad del MCS relacionado con la detección oportuna del cáncer de mama y el CaCu a través de la mastografía y el Pap del año 1988 al 2003, se encontraron como variables más fuertes en el MCS, la percepción de beneficios y la percepción de barreras en comparación con las otras variables del modelo. Los autores sugieren que es necesario para evaluar más a fondo el modelo, incluir datos nacionales más recientes, diversas muestras étnicas y raciales, así como enfoques metodológicos más sofisticados. Los resultados de esta revisión se muestran en la siguiente tabla (ver tabla 3).

Tabla 3

Resultados de revisión teórica del MCS asociado con la toma de mastografía y Pap. (Tanner-Smith & Brown, 2010)

Variable	Mastografía	Pap
	Total Artículos: 32	Total Artículos: 12
Edad	8 artículos la incluyeron como variable predictora. 4 tuvieron relación significativa.	10 artículos la incluyeron: 6 con relación significativa
Etnia/Raza	6 artículos la incluyeron: 2 con relación significativa	3 artículos la incluyeron: 0 con relación significativa
Educación	13 artículos la incluyeron: 7 con relación significativa	7 artículos la incluyeron: 2 con relación significativa
Ingresos	10 artículos la incluyeron: 6 con relación significativa	4 artículos la incluyeron: 3 con relación significativa
Conocimiento del cáncer de mama y/o mastografía	17 artículos la incluyeron: 9 con relación significativa	5 artículos la incluyeron: 3 con relación significativa
Contacto previo con la enfermedad (antecedentes familiares con cáncer de mama o antecedentes personales de tumores benignos en la mama)	10 artículos la incluyeron: 6 con relación significativa	4 artículos la incluyeron: 1 con relación significativa
Percepción de Susceptibilidad o Vulnerabilidad	18 artículos la incluyeron: 6 con relación significativa	9 artículos la incluyeron: 4 con relación significativa
Percepción de Severidad		6 artículos la incluyeron: 2 con relación significativa
Percepción de Beneficios	19 artículos la incluyeron: 14 con	9 artículos la incluyeron: 4 con

	relación significativa	relación significativa
Percepción de Barreras	17 artículos la incluyeron: 14 con relación significativa	7 artículos la incluyeron: 6 con relación significativa
Claves para la Acción	11 artículos la incluyeron: 10 con relación significativa	

En congruencia con la evidencia mostrada en la tabla 3, podemos concluir que la percepción de barreras para llevar a cabo la conducta preventiva de salud, fue una de las variables más fuertes relacionada con la conducta preventiva. En relación con el CaCu, las variables que más se relacionaron de manera significativa con la toma del Pap fueron la edad, los ingresos, el conocimiento y percepción de barreras.

Después de revisar los diferentes estudios que se han realizado del MCS y conductas preventivas en salud, específicamente con el cáncer, es importante conocer la manera como se han definido y operacionalizado las variables del modelo para identificar si existen variaciones en la manera de medirlas, por lo que la siguiente sección intenta dar cuenta de los instrumentos y formas de medición del modelo.

- *Instrumentos y formas de medición.* Algunos investigadores han creado medidas estandarizadas de las variables consideradas en el MCS (Champion, 1992, 1995, 1999; Champion and Scott, 1997; Tanner-Smith & Brown, 2010). Al respecto, Champion (1985, 1993, 1999) desarrolló y revisó instrumentos para medir conductas preventivas de salud, principalmente en relación con el cáncer de mama, incluyendo conductas como la toma de la mastografía y la autoexploración mamaria.

Las escalas del MCS hechas por Champion, se han validado en distintas culturas y poblaciones. Por ejemplo, se realizaron estudios con mujeres afroamericanas, jordanas, coreanas y lituanas, encontrando que estas escalas fueron válidas y confiables en todas estas poblaciones en relación con las conductas preventivas del cáncer de mama (mastografía y autoexploración mamaria); por lo que se puede asumir que estos instrumentos han logrado ser universales (Champion & Scott 1997; Mikhail & Petro-Nustas 2001; Zelviene & Bogusevicius 2007).

Guvenc, Akyuz y Acikel (2011) adaptaron en Turquía las escalas de Champion para evaluar la conducta preventiva del CaCu, con una muestra aleatoria de 237 mujeres. Encontraron que la escala del MCS para el CaCu y la toma del Pap resultó válida y confiable (los índices de Alpha de Cronbach para las 5 escalas fluctuaron de 0.62 a 0.86 y los coeficientes de confiabilidad test-

retest de .79 a .87) como herramienta para evaluar las creencias en salud de las mujeres. Sin embargo, existen limitaciones relacionadas con la medición, ya que la definición operacional de las variables fluctúa enormemente a lo largo de distintos estudios, incluso, algunas veces depende del entendimiento del propio autor (Tanner-Smith & Brown, 2010).

- *Limitaciones del MCS.* Considerando la utilidad del MCS, se han detectado problemas relacionados con la construcción, evaluación y aplicación del modelo, lo que puede explicar la inconsistencia y las contradicciones en los estudios (Tanner-Smith & Brown, 2010). A pesar de que el MCS ha sido utilizado ampliamente como un modelo psicosocial para explicar las conductas de salud, se han documentado limitaciones importantes puesto que existen otros factores que pueden influir en el acceso a la salud que no han sido considerados por éste. Ejemplo de ello son el tener seguridad social, el transporte, las barreras de lenguaje, el apoyo social, la aculturación, factores sociodemográficos y económicos. Los cuales también pueden limitar o facilitar las prácticas de detección temprana del cáncer (Johnson et al., 2008).

Específicamente con el CaCu y la toma del Pap, numerosos estudios no han incluido la dimensión “claves para la acción”, la cual ha resultado ser un fuerte predictor en otras conductas preventivas de salud, como la toma de la mastografía. Otra limitación importante es que varios estudios se basaron en muestras convenientes u homogéneas, lo que pudo influir en que algunos resultados no fueran significativos para los factores de modificación de la conducta (Tanner-Smith & Brown, 2010). De igual manera estos autores, reportaron inconsistencias en las definiciones operacionales de las variables del modelo: susceptibilidad percibida, barreras percibidas, beneficios percibidos y claves para la acción, dependiendo del entendimiento del investigador, así como debilidades metodológicas; por ello, estos autores sugieren la necesidad de mejorar la recolección de datos y las técnicas de análisis. Otra limitación encontrada por Tanner-Smith y Brown (2010), es que el MCS no diferencia entre la conducta preventiva de salud (toma del Pap) de primera vez y subsecuentes, algunos estudios lo usan para predecir ambas; la teoría misma no explica cómo los constructos teóricos varían a través de estas dos formas de comportamiento preventivo de salud potencialmente diferentes.

En la revisión de la literatura hecha por Austin et al. (2002), recomiendan que los programas de salud debieran acercarse a distintos sectores multiculturales y evaluar los problemas culturales específicos e implementar servicios culturalmente sensibles y competentes.

1.2.1.2 Teoría de Locus de Control. El locus de control fue definido por Rotter (1966) quien lo explica como una percepción estable de mayor o menor contingencia entre la conducta y las consecuencias de ésta; explica además, las creencias de las personas en relación con qué o quién es responsable de lo que les pasa, si la persona se lo atribuye a sí misma, se conoce como locus de control interno y si lo atribuye a fuerzas externas, se le llama locus de control externo. El término hace referencia a la posibilidad de dominar los acontecimientos o circunstancias de acuerdo con la localización del control, ya sea dentro o fuera de uno mismo (Bandura 1999; Richaud, 1991).

Cuando la persona tiene la percepción de que no puede hacer nada para cambiar algún aspecto de su medio, el deseo disminuye y se pierde, así como la voluntad de transformar otros aspectos del ambiente que son susceptibles de cambio, lo que conlleva a acciones poco efectivas a nivel cognitivo conductual y a la aparición de sentimientos de indefensión, desesperanza y signos de depresión (Boggiano 1998; Regehr, Cadell & Jansen 1999; Terry & Hynes, 1998). Los individuos con un locus de control externo, tienen actitudes más de conformismo, apatía, ya que éste determina su vida, por lo que planifican menos el futuro, hay bajo desempeño, siguen instrucciones, piensan que los resultados o lo que pasa en su vida está dado por el destino o la suerte. Por el contrario, las personas con un locus de control interno muestran mejor desempeño, satisfacción y tienen mayor motivación hacia el logro (Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2006; Key, 2002).

El locus de control ha sido utilizado en varias investigaciones relacionadas con la salud. De acuerdo con una revisión realizada por Cabrera (2004) el locus de control es una de las variables con mayores aportes en las teorías y modelos usados en la salud pública global durante el siglo XX. Éste se ha relacionado con la salud y las conductas saludables, ya que las creencias de las personas en torno a la capacidad que tienen para controlar su salud se asocian con esfuerzos para aplicar los conocimientos adquiridos sobre ésta. Por lo anterior, se ha establecido que la percepción de las personas sobre su habilidad para controlar su salud, influye en sus esfuerzos para adquirir y usar sus conocimientos sobre su estado de salud (Wallston, Maides, & Wallston, 1976).

Los sujetos con un locus de control interno fuerte perciben que sus conductas determinan su estado de salud, ellos tienden a buscar mayor información acerca de los tratamientos de salud, las condiciones y el compromiso con conductas saludables (Luszczynska & Schwarzer, 2005;

Wallston, 2005; Wallston et al., 1976). Las personas que piensan que tienen control sobre su salud, son más propensas a adoptar conductas saludables y por consecuencia tendrán una mejor salud (Marshall, 1991; Norman & Bennet, 2001). Las personas que creen tener control sobre su salud (locus de control interno) son más propensas a involucrarse en comportamientos que promueven la salud que aquellos individuos que creen que estos factores están fuera de su control (locus de control externo). Los individuos con un locus de control externo pueden ser menos propensos a participar en comportamientos que promueven la salud (Marshall, 1991; Norman & Bennet, 2001). Lo anterior puede ser útil para predecir qué individuos usarán una cierta conducta de salud preventiva y sugerir intervenciones que podrían ser eficaces para identificar a aquellos sujetos con probabilidad de ser resistentes y, por tanto, dirigirlos apropiadamente para intervenciones adicionales del cuidado de la salud (Beckmann, Beckmann, Lipscomb, King, & Steere, 1995).

Por ejemplo Fylan (1998), Murray y McMillan (1993) mostraron que las mujeres con un alto locus de control interno, tienen control sobre su salud y han mostrado comprometerse más en conductas preventivas de salud. Por su parte Lau (1982) encontró que las creencias del autocontrol en la salud, se relacionaron positivamente con hábitos de salud tempranos, incluyendo conductas de autocuidado y cuidado médico profesional y de manera negativa con experiencias familiares de enfermedad. También Wallston y Wallston (1978) indagaron, en una revisión de la literatura, la utilidad del locus de control para explicar las conductas de reducción de fumar, el uso de métodos anticonceptivos, la pérdida de peso, la búsqueda de información y la adherencia a regímenes terapéuticos. Concluyeron que el locus de control fue relevante en la predicción de conductas de salud.

- *Locus de Control y detección oportuna del CaCu.* El locus de control también se ha relacionado con conductas de salud para detectar oportunamente el cáncer. Al respecto, McKee (1986) realizó una investigación en la cual quiso probar un mayor nivel predictivo de la toma del Pap incorporando el locus de control al MCS, para el análisis usó una regresión múltiple. Los resultados mostraron que el locus de control fue una variable que no entró a la ecuación, además de que al incorporarlo, no incrementó el nivel de predicción de la toma del Pap, de manera significativa.

Otro estudio llevado a cabo en la Universidad de Tennessee con una muestra de 386 mujeres, en el cual se evaluó el valor predictivo del locus de control con la toma del Pap, encontrándose

evidencia de que el locus de control interno no correlacionó de manera significativa con la adherencia a la toma del Pap por parte de estas mujeres (Beckmann et al., 1995).

Conclusiones diversas se encontraron en México, donde se estudió a una muestra de mujeres entre 30 y 68 años de edad en el estado de Veracruz, los investigadores encontraron que el locus de control externo relacionado con el azar, prevalecía entre las mujeres que no se realizaron el Pap o que se lo hicieron después de los 30 años de edad (Ehrenzweig, Marván, & Acosta, 2013). Sin embargo, no se reportaron datos relacionados con el locus de control interno y la toma del Pap.

Con base en los estudios anteriores, podemos deducir que el locus de control relacionado con conductas preventivas y en específico, con la toma y adherencia a la toma del Pap es controversial y aún se sigue desarrollando evidencia al respecto.

- *Fatalismo*. Otra variable que se ha estudiado para explicar la adopción de conductas saludables es el fatalismo, el cual tiene características muy similares al locus de control externo. Rotter (1966) propuso que el fatalismo es una expectativa generalizada de que los resultados de las situaciones están determinados por fuerzas externas al individuo.

Aunque las definiciones del fatalismo varían entre autores, éste se refiere a la tendencia general a creer que los eventos y sucesos son causados por fuerzas externas y que poco, o nada, se puede hacer para cambiar su curso. Dentro de esta visión del mundo se tiene la idea de que la voluntad o la acción individual ejerce poco poder para cambiar el curso del destino (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2011).

Ross, Mirowsky y Cockerham (1983) refieren que el fatalismo es aprendido a través de las interacciones en entornos sociales. Las fuerzas externas que se supone que tienen algún o total control sobre la vida de las personas, son otros individuos que son percibidos como poderosos, así como las circunstancias que se definen por grupos sociales o individuos como la suerte, el destino o la casualidad. Los individuos pueden definir las fuerzas externas como benignas o activamente benéficas como Dios, por ejemplo (Joiner, Perez, Wagner, Berenson, & Marquina, 2001).

Muchas personas en dichas circunstancias, poseen la creencia de que no importa cuanto lo intenten, ellos no pueden salir adelante. Contrariamente a las personas que consideran que no pueden controlar lo que les sucede, existen individuos que perciben control a lo largo de sus vidas, también conocido como locus de control interno (Lewis, Ross, & Mirowski, 1999).

Niveles altos de fatalismo relacionados con una enfermedad serán una barrera importante y evitarán que las mujeres realicen ciertas conductas preventivas bajo la creencia de que ante la muerte no hay nada que hacer (Holroyd, Twinn, & Shia, 2001; Wetzel et al., 2007).

- *Fatalismo y cáncer.* Befort, Nazir, Engelman y Choi (2013) estudiaron la relación del cáncer con el fatalismo y reportaron que la relación entre éste y la adopción de conductas saludables tiene importantes implicaciones para la prevención del cáncer; documentaron que las creencias fatalistas acerca de la prevención del cáncer pueden ser una barrera importante para disminuir las probabilidades de involucrarse en conductas preventivas. Las creencias fatalistas acerca de la prevención del cáncer han sido mayores en aquellas personas con niveles bajos de educación; sin embargo, no han sido consistentemente relacionadas con la raza, ni con la etnia (Niederdeppe & Levy, 2007; Pérez-Stable, Sabogal, Otero-Sabogal, Hiatt, & McPhee, 1992).

En el estudio realizado por Befort et al. (2013) se examinaron las creencias fatalistas acerca de la prevención del cáncer en población rural y urbana en adultos estadounidenses; encontraron que la población rural fue más propensa a tener múltiples creencias fatalistas acerca de la prevención del cáncer que la población urbana, incluso después de controlar otras correlaciones demográficas significativas.

Estudios especializados (Powe, 1996, 2002; Underwood, 1992; Wolff et al., 2003) han mostrado que existe una proporción significativa de creencias fatalistas de cáncer en poblaciones tradicionalmente marginadas, sobre todo en población afroamericana y en mujeres mayores. Los investigadores justifican estos hallazgos debido a que los afroamericanos tienden a identificar la enfermedad ya en etapas avanzadas o incluso llegan a la muerte prematura (Drew & Schoenberg, 2011).

Ross et al. (1983) han afirmado que las personas de clase socio-económica baja, presentan mayores niveles de fatalismo. La clase social o el estatus socioeconómico se han relacionado con el fatalismo, personas de clases socioeconómicas bajas quienes aprenden día a día a través de experiencias recurrentes, tienen oportunidades limitadas y consideran que otros “seres” poderosos o fuerzas impredecibles controlan sus vidas.

Sin embargo, puede haber otras explicaciones para explicar la tendencia fatalista en población depauperada. Por ejemplo, barreras tangibles como servicios médicos deficientes, ausencia de seguridad social (Conrad, Brown, & Conrad, 1996) y bajo nivel educativo (Lannin et al., 1998). De igual forma, las creencias fatalistas pueden incrementar su magnitud debido a factores como

el racismo, las dificultades económicas, la dificultad de acceso a los servicios y la ineficiente atención de la salud (Valenzuela & Miranda, 2001).

Parker y Kleiner (1966) argumentaron que el fatalismo podría interpretarse como una respuesta potencialmente adaptable a alguna situación de la vida incontrolable que a menudo experimentan las minorías. Como ejemplo de lo anterior, en comparación con otras culturas, de acuerdo con Joiner et al. (2001); Neff, Hoppe, & Perea, (1987); Ross et al. (1983) el fatalismo se ha identificado como una característica presente en la cultura mexicana.

En un estudio realizado por Harmon, Castro y Coe (1997) con población latina principalmente mexico-americana, se mostró que las creencias fatalistas del cáncer eran predictoras de la toma del Pap en el último año, después de tomar en cuenta las variables de edad, nivel educativo, historia familiar de cáncer, cobertura de seguridad social y nivel de aculturación.

Otro estudio realizado con una muestra de mexico-americanas reportó una relación significativa entre creencias fatalistas relacionadas con el cáncer y el uso del Pap como método de prevención durante los últimos 3 años (Chávez, Hubbell, Mishra, & Valdez, 1996).

De manera similar, Otero-Sabogal, Stewart, Sabogal, Brown y Pérez-Stable (2003) encontraron una relación inversa y significativa entre el fatalismo relacionado con el cáncer y el mantenimiento de la conducta de la toma del Pap en una muestra de mujeres latinas, predominantemente mexico-americanas y centroamericanas, después de tomar en cuenta algunas variables sociodemográficas como la aculturación, acceso a la salud y la actitud hacia los médicos.

En otro estudio realizado con mujeres recién diagnosticadas con CaCu invasivo, el fatalismo fue asociado con menores posibilidades de participar en la toma del Pap como método de detección temprana antes del diagnóstico, después de tomar en cuenta las variables del tiempo vivido en Estados Unidos, cobertura de seguro médico y nivel educativo (Behbakht, Lynch, Teal, Degeest, & Massad, 2004).

En una revisión teórica realizada por Espinosa de los Monteros y Gallo (2011) examinaron el fatalismo y como éste predice la participación en programas de prevención de cáncer, después de controlar barreras estructurales, encontrando 11 artículos que cumplieron los criterios de inclusión. Dicha revisión encontró que el 64% de los estudios reportaron asociaciones inversas estadísticamente significativas entre fatalismo y la utilización de los servicios de prevención del cáncer después de controlar barreras estructurales. De 11 investigaciones, 7 estudiaron

específicamente la conducta preventiva del CaCu en mujeres latinas (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2011).

Existen contradicciones en estudios de fatalismo y conductas preventivas y de detección temprana del cáncer, se necesita investigar más acerca de esta relación, sin embargo la mayoría de los estudios reportan relación significativa e inversa después de tomar en cuenta barreras estructurales (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2011). Los estudios descritos sugieren que el fatalismo representa un único factor predictivo relacionado con la toma del Pap. Por otro lado, se requieren mayores investigaciones para identificar los componentes fundamentales del fatalismo que son más pertinentes para la salud de la población latina. Una cuestión importante que se tiene que considerar es si el fatalismo puede ser evaluado como un factor global o como creencias específicas acerca de la enfermedad en cuestión (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2011).

Mayor consistencia en los instrumentos de medición del fatalismo podría facilitar la comparación de los resultados a través de los diferentes estudios. Dicho consenso requiere mayor información con respecto a la confiabilidad y validez de los instrumentos disponibles, particularmente en las subpoblaciones latinas (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2011). Comprender la importancia del fatalismo como predictor de la baja participación en programas preventivos y de detección oportuna del cáncer en mujeres latinas, puede conducir al desarrollo de intervenciones efectivas y culturalmente apropiadas para reducir las disparidades étnicas vinculadas con el cáncer (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2011).

Con los antecedentes descritos anteriormente, podemos inferir que las creencias fatalistas se asocian con las conductas de detección oportuna del CaCu en ciertas poblaciones; sin embargo, es fundamental conocer y describir las barreras estructurales, sociodemográficas y culturales que pueden estar obstaculizando la adopción eficiente de conductas saludables.

1.2.1.3 Teoría de la Acción Razonada. Otra teoría que analiza la conducta, es la de la Acción Razonada, la cual también ha sido estudiada en el marco de la salud y en conductas preventivas. Fue desarrollada por Ajzen y Fishbein (1980) y toma en cuenta aspectos individuales y grupales para explicar la conducta humana, además de incluir el contexto en el cual se desarrollan dichos aspectos. Dicha teoría asume que es factible predecir la conducta a través de las actitudes, las

intenciones conductuales, las creencias sociales y la predisposición del sujeto hacia dichas creencias sociales.

La teoría de la acción razonada afirma que la intención es una función que considera dos variables básicas: (a) una evaluación personal o actitud hacia la conducta y (b) una evaluación social o norma subjetiva. Lo anterior quiere decir, que los sujetos intentan realizar una conducta cuando la evalúan como positiva y creen que las personas y sus grupos sociales relevantes para ellos, consideran que deben realizarla (Ajzen & Fishbein, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1990).

En resumen, de acuerdo con Ajzen y Fishbein (1977) podemos decir que esta teoría plantea que el factor más inmediato de la conducta es la intención: lo que el sujeto piensa o se propone hacer. Dicha intención está asociada con e influida por:

1. Factor Personal: La actitud del sujeto hacia la conducta, es decir las creencias del individuo sobre las consecuencias de la conducta y el valor que les da a éstas.
2. Factor Social: Se refiere a la norma subjetiva, es decir la presión social y motivación personal por ajustarse a las expectativas sociales.

Sin embargo Ajzen (1991) propone la Teoría de la Conducta Planificada, en la cual, añade un nuevo elemento: la percepción por parte del sujeto de que la conducta en cuestión está bajo su propio control.

Lo novedoso y diferente del resto de los modelos y las teorías descritas en este apartado, en particular el MCS, es que la Teoría de la Conducta Planificada incluye el factor social como contribuyente importante en las conductas de salud del sujeto. La intención del individuo es un aspecto importante a considerar en la predicción de conductas de salud; sin embargo, las perspectivas del sujeto sobre las expectativas de los demás sobre su propia salud y la manera en cómo él piensa responder a esas expectativas también son variables importantes a tomar en cuenta (Durá & Ibañez, 2000; Galdón, Durá, Andreu, & Tuells, 2000).

Este modelo aplicado a comportamientos en salud, asume que los sujetos toman del medio la información que piensan es suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no ciertas conductas. El elemento esencial antes de la conducta es la intención conductual, antecedente de la ejecución de la conducta motivada y de la intensidad con la que se lleve a cabo (ver figura 2).

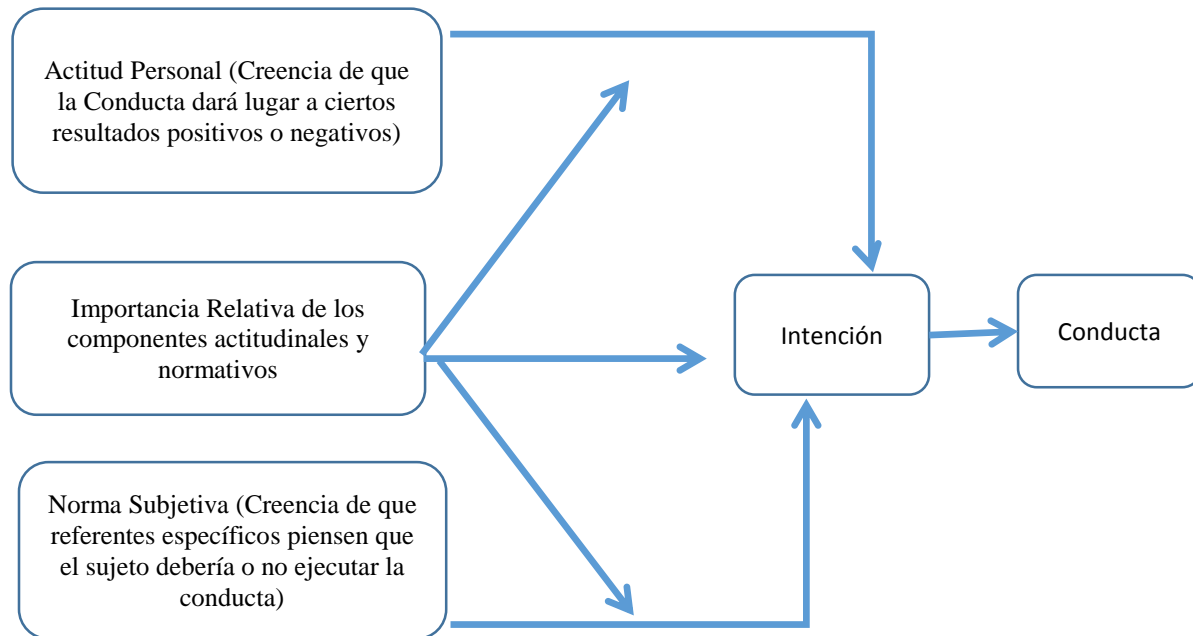


Figura 2. Modelo de la Acción Razonada (1975) (Jiménez, 2003)

De acuerdo con la TAR, las personas son más propensas a participar en conductas de salud, si dichas conductas son vistas como esenciales para lograr los efectos deseados y se piensa que valen la pena para las personas o grupos a los cuales el individuo desea complacer (Armstrong, 2001).

Diversos estudios han encontrado a la TAR como un elemento predictivo en distintas conductas de salud, por ejemplo, el uso de anticonceptivos (Crawford & Boyero, 1985; Fishbein, Jaccard, Davidson, Ajzen, & Loken, 1980) practicar ejercicio y llevar alguna dieta (Bentler & Speckart, 1981; Sejwacz, Ajzen, & Fishbein, 1980) y prácticas de control de peso (Saltzer, 1981).

- *Teoría de la Acción Razonada y cáncer.* A pesar que existe información acerca de esta teoría y determinadas conductas de salud, en relación con el cáncer y en específico con la toma del Pap, existen pocos estudios que muestren dicha asociación. Uno de ellos se realizó en dos universidades de Australia, con una muestra de 72 mujeres con edades de 18 a 63 años, las cuales respondieron un cuestionario con preguntas relacionadas con la participación en la toma del Pap, intención, creencias, actitudes y normas percibidas. Los resultados mostraron que la

intención fue más fuerte que la conducta, ya que hubo 85% de mujeres que indicaron tener la intención de tomarse un Pap en los últimos dos años (Barling & Moore, 1996).

Otro estudio realizado en Australia con 144 mujeres de 40 años en adelante, identificó el nivel predictivo del MCS con base en la TAR aplicada a la toma del Pap, los autores emplearon reactivos de ambos modelos y algunas preguntas adicionales. Para evaluar el nivel predictivo de la TAR se empleó análisis de regresión múltiple, los resultados mostraron que tanto la actitud como la norma subjetiva, componentes de la TAR, predijeron significativamente la toma del Pap, sin embargo, el porcentaje de varianza explicada (12%) no fue muy alto (Hennig & Knowles, 1990).

En otra investigación en Estados Unidos (Armstrong, 2001) se aplicaron cuestionarios referentes a la toma del Pap a 313 mujeres, de las cuales contactaron a 123 para probar la hipótesis propuesta que consistió en probar que la TAR predice con precisión la intención de tomarse un Pap a través de los componentes teóricos de la actitud y las normas sociales, y el nivel de intención predice la conducta de la toma del Pap. El estudio consistió en dos fases, en la primera, se les aplicó cuestionarios con datos sociodemográficos, conocimiento sobre el Pap y el VPH, variables de la TAR y antecedentes de la toma del Pap. Se realizó análisis de regresión lineal para saber el nivel predictivo de los componentes de la TAR en la intención de asistir a la toma del Pap. A pesar de que se obtuvo un bajo porcentaje de varianza explicada ($R^2_{adj} = 20\%$) la relación fue significativa, $F(2,120) = 16.4\%$, $p < .001$). Los niveles de intención se relacionaron positivamente con la norma subjetiva y la actitud; sin embargo, la actitud por sí sola no fue significativa.

En un estudio realizado por Bish, Sutton y Golombok (2000) se utilizaron dos modelos cognitivos sociales, el MCS y la Teoría de la Conducta Planeada, se evaluó la asistencia a la toma del Pap. El modelo de la Teoría de la Conducta Planeada explicó el 51% de varianza, muy superior al MCS, el cual sólo obtuvo 4%. Sin embargo, ninguno de los dos modelos, pudo predecir la toma del Pap después de 3 meses. Estos hallazgos sugieren que los modelos de cognición social son insuficientes para explicar la respuesta en el control y la prevención en salud. Estas inconsistencias en la predicción de conductas de autocuidado basadas en modelos de cognición social evidencian la necesidad de explorar qué otros factores están inmersos en la adopción de conductas saludables.

1.2.2 Barreras para la toma de la citología cervical. De igual manera, la literatura muestra una serie de investigaciones relacionadas con las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud, entre éstas se encuentran las creencias que fueron descritas en el capítulo anterior, sin embargo, además de éstas, existen diversas barreras más allá de las individuales. Este capítulo se enfocará a su revisión. Las barreras se pueden definir como todo aquello que, de una manera u otra, dificulta o impide la realización de alguna conducta preventiva en salud (Badr, Buedo, Chedrese, & Ryll, 2012). En este caso específico, la conducta que se analizará, es la toma de la citología cervical o Pap.

En países en vías de desarrollo, aún existe un bajo índice de prevención, detección oportuna y acceso a los servicios de salud en una gran parte de la población (Rodríguez & Rojas, 1998). Como se describió anteriormente, la toma del Pap es fundamental para la detección oportuna del CaCu, así como la asistencia de las mujeres a estos programas, sin embargo, se han documentado múltiples y distintas barreras para su toma que dificultan la detección temprana de esta enfermedad.

La manera en que se han estudiado dichas barreras es diversa, así como lo que se ha encontrado de éstas. A pesar de que se identifican distintos tipos de categorías de barreras asociadas con la toma del Pap, en la literatura especializada se carece de una definición precisa al respecto; no obstante, con base en los elementos derivados de la misma literatura especializada se pueden identificar a las barreras como: (a) barreras estructurales, las cuales se refieren a la organización social y a las instituciones, (b) barreras psicosociales, aluden a los procesos interpersonales y características sociodemográficas y (c) barreras culturales, tienen que ver con las normas que prevalecen dentro de una comunidad.

A continuación se enlistan las principales barreras que la literatura especializada reporta con relación a la toma del Pap (ver tabla 4).

Tabla 4

Barreras para la Toma del Papanicolaou (Agurto, Bishop, Sanchez, Betancourt, & Robles, 2004; Watkins, Gabali, Winkleby, Gaona, & Lebaron, 2002)

Estructurales	Psicosociales	Culturales
Falta de Seguridad Social	Bajo nivel educativo	Machismo
Dificultad en el acceso a los servicios	Bajo estatus socioeconómico	Lengua
Costos	Desinformación	Mitos
Pérdida de los resultados	Miedo, vergüenza, ansiedad.	Creencias
Largo tiempo de espera en la clínica		Cosmovisión

A continuación se mencionan algunos estudios que han investigado los distintos tipos de barreras para la toma del Pap en mujeres.

1.2.2.1 Barreras estructurales. Dentro de las barreras de tipo estructural, el costo al acceso a servicios de salud y la falta de transporte, son barreras frecuentes que dificultan el acceso a dichos servicios, incluyendo la toma del Pap en mujeres latinas (Hayward, Shapiro, Freeman, & Corey, 1988). Por otro lado, después de estudiar las barreras percibidas por 97 mujeres del estado de Morelos a través de entrevistas con preguntas abiertas, una de las barreras encontradas de tipo estructural fue la dificultad en el acceso a los servicios de salud (Watkins et al., 2002).

De acuerdo con Jhala y Eltoum (2007) la falta de seguridad social fue identificada como una barrera para la detección temprana del CaCu. De igual manera en un estudio realizado con mujeres latinas en Estados Unidos, se encontró que las mujeres que reportaron no haberse realizado un Pap fueron menos propensas a tener seguridad social que aquellas que reportaron realizarlo de manera frecuente, también se encontró que a pesar de que las mujeres sean conscientes acerca de la enfermedad, las barreras estructurales pueden limitar la detección oportuna (Arredondo, 2003). En un estudio realizado en Monterrey, se identificó como una barrera institucional el que el (59%) de las mujeres encuestadas, no hayan recibido información sobre la importancia de realizarse el Pap. En dicha investigación participaron 105 mujeres seleccionadas al azar con edades entre 25 a 65 años de edad (Farfán-Muñoz, Barrón-Treviño, Jiménez-Domínguez, Vázquez-Morán, & Ayala-Atrián, 2004).

Por otra parte, Valdés (2004) evaluó un modelo predictivo que identificó algunas barreras para la toma del Pap como la posibilidad de costear el análisis, la información relacionada con la enfermedad y las desventajas percibidas por las mujeres acerca de la conducta. Esta autora encontró que una percepción positiva de los servicios administrativos y de salud, así como una mejor atención e higiene de los materiales y ser atendidas por parte de una mujer doctora, favorecen la participación de las mujeres en estos programas, por lo que una mala atención por parte de los trabajadores, así como un servicio deficiente y de poca calidad y ser atendidas por médicos varones pueden representar barreras importantes.

Un estudio de corte cualitativo y tipo fenomenológico llevado a cabo por Wiesner-Ceballos et al. (2006) con mujeres colombianas mediante el uso de grupos focales y talleres de validación, encontró a través de la interpretación de las narrativas, que el Pap se asocia con ideas de infecciones, “precáncer” y prevención de CaCu. Dentro de las barreras que tienen que ver con la calidad de los servicios, se encontraron los largos tiempos de espera, los costos, la entrega de resultados de manera tardía, la poca explicación por parte de los especialistas de salud y trato por parte de ellos descrito como inhumano. No se encontraron diferencias entre las mujeres por edad, tipo de afiliación al sistema de salud, lugar de residencia, ni antecedente de toma del Pap.

En Canadá, Maar et al. (2013) realizaron un estudio con la población indígena de “First Nations” a través de entrevistas semi-estructuradas a 18 experimentados profesionales de la salud de los cuales 12 eran miembros de la comunidad, dónde exploraron las barreras percibidas en relación con la detección oportuna del CaCu bajo la óptica de los profesionales de salud. Los participantes reportaron como barreras estructurales para la detección del CaCu en estas mujeres, la escasez apropiada de los proveedores de atención de salud, barreras geográficas y de transporte, educación para la salud y las desigualdades socio-económicas.

1.2.2.2 Barreras psicosociales. Por otro lado dentro de las barreras de tipo psicosocial, se ha visto que las características demográficas destacan entre las barreras más frecuentes para asistir a los procedimientos de detección oportuna. A este respecto, se comparó a hispano-americanos con población caucásica que viven en pobreza y se encontró que esta población tuvo numerosas barreras económicas, lo que correlacionó de manera significativa con la asistencia a los servicios médicos, incluyendo la toma del Pap (Stein, Fox, & Murata, 1991). Otro estudio documentó que dentro de las barreras psicosociales se encuentran el nivel educativo y el estatus socioeconómico

bajo como factores asociados a un menor porcentaje en el uso del Pap (Arevian, Nouredine, & Kabakian, 1997).

En la investigación realizada por (Arredondo, 2003) con mujeres latinas mayores de 18 años en Estados Unidos, se evaluó la utilidad de un modelo predictivo, el cual midió la relación de vulnerabilidad percibida, normas subjetivas, autoeficacia, procesos de cambio, miedo o preocupación de CaCu y conocimiento entre otros, los resultados muestran que las mujeres que reportaron no haberse realizado un Pap tuvieron menores niveles de ingresos, además se encontró que a pesar de que las mujeres sean conscientes de la enfermedad, las barreras sociodemográficas como las económicas pueden inhibir la detección oportuna.

En Nueva Zelanda a través de entrevistas a profundidad, se reportó que las preocupaciones en relación con mostrar y exponer su cuerpo retrasan la detección oportuna, en particular sentimientos de vergüenza y timidez en mujeres Maori y del Pacífico (Lovell, Kearns, & Friesen, 2007). También se describen factores como el no haber terminado la escuela secundaria y el bajo nivel socioeconómico como limitantes para la asistencia a estos programas (Jhala, & Eltoum, 2007). Hallazgos similares se encontraron en Nueva Zelanda, Lovell et al. (2007) donde se aplicaron entrevistas a profundidad a 17 mujeres y 9 profesionales de la salud con el objetivo de identificar las principales barreras para la toma del Pap, los resultados muestran que las limitaciones socioeconómicas fueron identificadas como un obstáculo importante.

En Estados Unidos, Watts et al. (2009) estudiaron a 318 mujeres latinas de 18 años en adelante, para investigar variables sociodemográficas, lugares donde se adquiriría nueva información, utilización de los servicios de salud, procesos de aculturación, conocimiento, acceso a los programas de detección de CaCu e historia y conductas reproductivas. Diseñaron una encuesta compuesta de 7 secciones basada en las encuestas de “The National Health Interview Survey” y “The US Census 2000 survey” así como de preguntas publicadas en otros trabajos de investigación, las preguntas fueron pre evaluadas en 4 grupos focales. Para analizar los resultados, se empleó estadística descriptiva, prueba t student, correlación de Pearson y regresiones logísticas. Como resultados encontraron la edad y los años viviendo en Estados Unidos como factores de riesgo para la participación en programas preventivos de CaCu, las mujeres viviendo en Estados Unidos por 5 o más años, fueron más propensas a la toma del Pap de manera rutinaria ($P = .0053$) y aquellas de 30 años y más reportaron disminución de las prácticas de prevención.

Los problemas asociados al procedimiento como el miedo, la vergüenza y la incomodidad, así como la falta de preocupación, la desidia y la flojera y la desinformación o falta de conocimiento acerca de la prueba y del CaCu, fueron reportados como barreras para la toma en un estudio realizado con 237 mujeres chilenas, a través de entrevistas en sus domicilios, utilizando la técnica de análisis de contenido (Urrutia et al., 2008) (ver tabla 5).

Tabla 5

Barreras Encontradas para la Toma del Pap (Urrutia et al., 2008)

Tema	Subtema	Respuestas n (%)
		¿A qué atribuye que las mujeres no se tomen el Pap?
Falta de	Desidia	115 (48,5%)
Preocupación	Flojera	
	Se posponen por otros integrantes de la familia	
Problemas	Miedo	83 (35%)
asociados al	Vergüenza	
procedimiento	Incomodidad	
	Falta de tiempo	
	Se demoran en el consultorio	
Falta de	En relación al Pap y su utilidad	39 (16,5%)
Conocimiento	En relación con el CaCu	
	Supone que la llamarán si el resultado no es favorable	

Por su parte, en Minessota, Harcourt et al. (2014) condujeron un estudio donde se analizó la conducta de detección oportuna del CaCu, considerando a 421 mujeres africanas inmigrantes, mayores de 18 años. Aplicaron una encuesta en los hogares de las mujeres ya fuera en inglés, somalí u oromo. Se evaluaron las variables de edad, tiempo viviendo en los Estados Unidos, empleo, etnia, nivel educativo, percepción de salud. La variable que resultó ser estadísticamente significativa ($p < .001$) en la prevención del CaCu fueron los años viviendo Estados Unidos (≤ 5 años ó > 5 años).

Un estudio realizado en México para investigar las barreras para la asistencia a la toma del Pap en el estado de Morelos por Watkins et al. (2002) quienes entrevistaron a 97 mujeres con edades de 16 a 66 años de edad, habitantes de una pequeña población rural. La parte principal

del estudio se centró en preguntas abiertas sobre posibles barreras para la detección oportuna del CaCu. Se encontró que el 94% de las mujeres sabían el propósito del Pap, sin embargo, a pesar de esta conciencia, el 34% de las mujeres nunca se lo había realizado y el 48% se lo había hecho en los últimos dos años. Del 52% de las mujeres que no se había realizado el Pap en los últimos dos años, indicaron que la razón más frecuente para no hacerlo fue la ansiedad relacionada con la privacidad física (50%), seguida de la falta de conocimiento (18%) y haberse practicado una histerectomía o haber tenido un largo tiempo de abstinencia sexual (14%).

En una investigación realizada en Monterrey (Farfán-Muñoz et al., 2004) con 105 mujeres seleccionadas de manera aleatoria, de 25 a 65 años de edad, se aplicó una encuesta compuesta de 31 reactivos. Los resultados mostraron que el promedio del conocimiento fue de 53% sobre 100%. Una de las principales limitaciones psicológicas fue la vergüenza (70%), angustia (63%) creer que la prueba es dolorosa (36%) y (34%) de las mujeres reportaron duda de querer conocer el resultado del Pap. La mayor cantidad de mujeres que no se realizaron la prueba fue de edades entre 25 y 34 años de edad.

En un estudio realizado en México con mujeres de Chihuahua, se encontró como barrera para la asistencia a la toma del Pap, la desinformación relacionada con la enfermedad y la prueba (Valdés, 2004).

Otro estudio realizado por Sagarduy, Salinas y Reyes (2013) con 423 estudiantes de la Universidad de Tamaulipas a quienes se les aplicó un cuestionario de 50 reactivos con preguntas dicotómicas y con varias opciones de respuesta, encontró que las principales barreras percibidas para la toma del Pap se relacionaban con la vergüenza, falta de información, temor a ser atendida por un médico varón, la desidia y el temor al dolor entre otras (ver tabla 6).

Tabla 6

Barreras Encontradas para la Toma del Pap en estudiantes universitarios (Sagarduy et al., 2013)

Barrera	Porcentaje (%)
Vergüenza	71.2%
Falta de información	63.2%

Temor a ser atendida por un varón	31.5%
Desidia	31.5%
Temor al dolor	28.1%
Temor a que se enteren sus padres	26.9%
Temor a un trato inadecuado por parte del personal de salud	25.0%
Prohibición por parte de la pareja	22.4%
Falta de tiempo	16.9%
No tener dinero	16.1%
No tener relaciones sexuales completas en el momento	11.5%
Demora de la entrega de resultados	8.0%
Otras razones	3.1%

Dentro de las barreras de tipo psicosocial se ha descrito en múltiples estudios la desinformación sobre el CaCu y su prevención, como un importante obstáculo para la toma del Pap. Existe información amplia acerca de cómo el conocimiento sobre el CaCu se asocia a la toma del Pap, considerando a éste como un facilitador, ya que el conocimiento se correlaciona directamente con la toma de la prueba. De acuerdo con Idestrom, Milson y Andersson (2002) y Fylan (1998) se ha probado de manera empírica, que el conocimiento está relacionado a un mayor porcentaje de participación de las mujeres.

Por ejemplo, en un estudio con diseño mixto realizado en Serbia con mujeres de 18 a 70 años de edad, se exploró la conducta de las mujeres en relación con los exámenes de detección del CaCu, se enfocó al conocimiento acerca de la detección temprana, el impacto de factores sociodemográficos y sociales en la conducta preventiva y en las barreras percibidas para la realización de dicha conducta. Las barreras principales encontradas fueron el bajo conocimiento de la existencia y disponibilidad de la detección temprana, las creencias socioculturales acerca del cuidado preventivo, roles de género, inadecuada educación en salud pública, la falta de servicios de salud respetuosos con los pacientes y las dificultades financieras individuales (Markovic, Kesic, Topic, & Matejic, 2005).

Ogedegbe et al. (2005) realizaron un estudio cualitativo con mujeres afroamericanas e hispanas en Estados Unidos, con edades de 50 a 69 años. Estos investigadores aplicaron

entrevistas con preguntas abiertas para explorar las barreras y los facilitadores para la prevención del cáncer, incluyendo cáncer de mama, colon y CaCu. A las pacientes que se habían hecho detección oportuna sólo se les preguntó acerca de los facilitadores, mientras que a aquellas mujeres que nunca se habían realizado detección se les preguntó acerca de las barreras y de los posibles facilitadores que pudieran alentarlas para asistir a las pruebas de detección. Una de las principales barreras encontradas para una detección temprana fue la falta de conocimiento relacionada a las pruebas de “screening” en un 28% de la muestra y una percepción de no necesitar la prueba e información errónea en un 37% (Ogedegbe et al., 2005).

En México, de acuerdo con un estudio realizado por Lazcano-Ponce et al. (1999) en el estado de Morelos con mujeres entre 15 y 49 años de edad, se encontró que el conocimiento sobre el Pap, se relacionó de manera significativa con la utilización de los programas de detección oportuna del CaCu, aumentando en 29 veces el uso de la prueba.

Otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México por Aguilar-Pérez, Leyva-López, Angulo-Nájera, Salinas y Lazcano-Ponce (2003) con 2,107 mujeres en edad reproductiva, reportó que el conocimiento relacionado al beneficio del uso del Papanicolaou incrementó en 6 veces más la posibilidad del uso del programa de detección oportuna de cáncer.

En el estado de Tamaulipas, Ybarra, Pérez y Romero (2013) realizaron un estudio con una muestra de 423 estudiantes universitarios (mujeres y hombres) en donde evaluaron el conocimiento y las creencias acerca de la prueba del Papanicolaou y las infecciones de transmisión sexual, en particular el VPH. Encontraron que menos de la mitad (4 de cada 10 estudiantes) supieron en que consiste la prueba del Pap, lo que suponen es una de las razones que explica el bajo uso de la prueba en esa muestra.

1.2.2.3 Barreras culturales. De igual manera se encontraron distintas barreras de tipo cultural que dificultan la toma del Pap. Por ejemplo en un estudio realizado por Hayward et al. (1988) se describió como un obstáculo constante la poca facilidad que tienen las mujeres para el cuidado de los niños.

Otro hallazgo de tipo cultural en una investigación realizada con mujeres latinas en Estados Unidos que nunca se habían realizado un Pap reportó mayores niveles de fatalismo y machismo en esta muestra de mujeres (Arredondo, 2003).

En otra investigación realizada por Valdés (2004) con mujeres chihuahuenses, se evaluó la capacidad predictiva de un modelo, el cual identificó mayores prácticas preventivas en mujeres que reportaron influencia positiva de la madre y la pareja. Por lo que no tener el apoyo de la pareja y la madre puede actuar como obstáculos para la toma de la prueba.

Las barreras identificadas en un estudio de corte cualitativo y tipo fenomenológico con grupos focales y talleres de validación con mujeres de Colombia, reportó a través de análisis de narrativas, que dentro de las limitaciones culturales para la toma del Pap se encuentran; el que las mujeres le dan mayor importancia al cuidado de los demás, de la casa y del trabajo en lugar del autocuidado de su salud. Además encontraron que el tabú de la sexualidad influye en sentimientos de vergüenza, en el miedo a la desnudez y en la incomodidad de mostrar las partes íntimas. También fue reportada la desinformación por parte de pares quienes describen el Pap como doloroso y traumático. La falta de redes sociales se describió como limitante para acudir al médico, sobre todo en mujeres que se han mudado de residencia por violencia. En mujeres jóvenes o solteras, el reconocimiento de inicio de vida sexual ante la familia, maestros y compañeros obstaculiza su asistencia (Wiesner-Ceballos et al., 2006). Este estudio también identificó como facilitadores o motivadores culturales para la toma, la preocupación por la familia y apoyo por parte de los familiares, en particular de la madre.

Otro estudio realizado en Chile por Urrutia et al. (2008) con una muestra probabilística de 237 mujeres, las cuales fueron entrevistadas en sus domicilios por enfermeras matronas y matronas previamente capacitadas, utilizó un diseño cualitativo a través de entrevistas y empleó la técnica de análisis de contenido. Las barreras encontradas de tipo cultural fueron, el posponer la prueba por atender las necesidades de otros en la familia y el tiempo que supone realizarla y que impide ejecutar sus actividades, sobre todo el cuidado de la familia.

En México, los factores culturales también son parte importante de la problemática del CaCu, los cuales dificultan la aceptación de la prueba e incluso el conocimiento de enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección del VPH y sus consecuencias en la salud (Valdés, 2004).

Con base en el análisis de la literatura especializada, las barreras en la toma del Pap son de diversa índole y se han abordado desde diferentes enfoques, con diversas técnicas metodológicas. Factores estructurales, culturales e individuales representan barreras para la realización del Pap y en consecuencia, para la detección oportuna del CaCu. En poblaciones minoritarias y con poca

información, se ha hecho uso de métodos cualitativos para explorar e identificar dichos factores, sobre la base conceptual de que cada grupo tiene sus propias creencias y características sociodemográficas.

Como se describió en estudios anteriores y a lo largo de este proyecto, el estudio de factores que inciden en la toma del Pap y las barreras a las que se enfrentan las mujeres, se han hecho en distintos tipos de poblaciones, sin embargo, la problemática en mujeres indígenas en nuestro país no ha sido abordada. Debido a que el presente estudio se enfoca en una comunidad indígena de Oaxaca y a que es de suma importancia dar cuenta del contexto en el que viven, por ser una población muy específica y particular, el siguiente capítulo tiene el fin de contextualizar y describir las peculiaridades de su entorno.

1.3 Semblanza sociocultural del contexto de estudio y problemática a abordar

México se caracteriza por tener una gran diversidad cultural donde, en gran medida, la población indígena es quien la otorga. De acuerdo con el INEGI (2015), en México hay 7 382 785 personas de 3 años y más de edad que hablan alguna lengua indígena, lo que representa 6.5% del total nacional; de las cuales 51.3% son mujeres y 48.7% hombres. En términos de relación hombre-mujer, hay 95 hombres por cada cien mujeres. En el año 2010, el censo mostró 15.7 millones de personas ≥ 3 años de edad que se identifican como indígenas, independientemente de si hablan alguna lengua indígena o no (INEGI, 2010).

Oaxaca, uno de los estados con mayor población indígena en México, cuenta con el 33.8% de la población indígena total en el país (INEGI, 2010). En el estado de Oaxaca se concentra la etnia zapoteca; pueblo indígena mayoritario en el Istmo de Tehuantepec, el cual ocupa el primer lugar en todo el estado de Oaxaca y el tercer lugar en el país, precedido por los náhuatl y mayas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2007).

1.3.1 Perfil sociodemográfico de Juchitán. De acuerdo con el INEGI (2010) la población total de la Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza en el año 2010, fue de 93, 038 habitantes de los cuales 47, 828 son mujeres y 45, 210 son hombres, 53,226 son personas mayores de 5 años de edad que hablan el zapoteco, su lengua (INEGI, 2010) (ver tabla 7).

Tabla 7

Características de la Población: Juchitán (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2010; INEGI, 2010).

	Año	Mujeres	Hombres	Total
Número de habitantes	2010	47, 828	45, 210	93, 038
Hogares con jefatura masculina	2010			16,506
Hogares con jefatura femenina	2010			5,699
Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más	2010			7.7
Población derechohabiente a servicios de salud	2010			51,275
Población sin derecho a servicios de salud	2010	20,254	20,838	41,092
Personal médico	2011			159
Unidades médicas	2011			24
Familias beneficiarias por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	2010			5684

Con relación a la educación, en el año 2010 se registraron 33, 327 habitantes mayores de 5 años con primaria (en la fuente no describe si es primaria terminada o trunca), 9,290 habitantes de 18 años en adelante con nivel profesional y 232 con posgrado. El promedio de escolaridad de la población de 15 años en adelante fue de 7.7 años, lo que equivale a secundaria trunca. (INEGI, 2012). En el año 2010 se registraron 54,023 hablantes de lengua indígena mayores de 3 años en Juchitán, de los cuales 26,016 fueron varones y 28,007 mujeres (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2010).

De las ocho regiones que constituyen al estado de Oaxaca: Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Cuenca del Papaloapan, Sierra Sur, Sierra Norte y los Valles Centrales; la del Istmo ocupa el primer lugar en extensión con 20,755.26 km² y el segundo lugar en población con 595,433 habitantes (Sistema de Información Básica Municipal del Estado de Oaxaca, 2010-2016) La región del Istmo está formada por dos distritos políticos: Tehuantepec, el cual cuenta con 6,318.40 km² y con 239,287 habitantes y el distrito de Juchitán con 14, 436.86 km² y con

356,146 habitantes. Ambos distritos cuentan con 41 municipios (Sistema de Información Básica Municipal del Estado de Oaxaca, 2010-2016).

Para los fines de esta investigación, se eligió al distrito de Juchitán porque como se mencionó anteriormente es uno de los municipios del Estado con mayor mortalidad. El nombre de Juchitán de Zaragoza viene de Xihitlán que significa “lugar de las flores”, con el tiempo, el nombre cambió a Xhavizende que quiere decir “lugar de San Vicente”. No obstante, su verdadero nombre viene de Ixtaxochitlán que significa “lugar de flores blancas” Ixta-“blanco”, Xochitl “flor”, Tlan “lugar”. La ciudad de Juchitán fue fundada en el año de 1480 por soldados del rey zapoteco Cosijopí. El 15 de marzo del año 1825 fue declarada municipio del estado por el Congreso Local con el decreto número 47 (Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Oaxaca, s.f).

Juchitán de Zaragoza se ubica en el Región del Istmo de Tehuantepec, una zona de las más estrechas de la República Mexicana, siendo también de las más grandes del Estado de Oaxaca. El municipio de Juchitán de Zaragoza corresponde al Distrito del mismo nombre que cuenta con 22 municipios; en el municipio de Juchitán de Zaragoza se localizan 76 localidades, las principales y su población en 2010 se enlistan a continuación (H. Ayuntamiento Constitucional de la Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oax. 2014-2016) (ver tabla 8).

Tabla 8

Población principales localidades del municipio de Juchitán

Localidad	Población
Total Municipio	93, 030
Juchitán de Zaragoza	74, 825
La Ventosa	4, 884
Álvaro Obregón	3, 558
Chicapa de Castro	3, 143
La Venta	2, 161
Santa María del Mar	771
Playa San Vicente	126

La población del municipio de Juchitán representa el 2.4% de la población estatal que cuenta con 380, 1962 habitantes (INEGI, 2010), hay aproximadamente 95 hombres por cada 100 mujeres, el 50% de la población tiene 26 años o menos. El crecimiento acelerado de la población en este municipio, ha generado la creación de nuevas colonias humanas que no cuentan con los servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, sistema de drenaje y alcantarillado. Aunque en el municipio la migración se considera muy baja, puesto que representa un 0.82967 en comparación con otros municipios del estado, es más frecuente observar la inmigración a estos lugares por parte de personas de los alrededores provenientes principalmente de los municipios de San Dionisio del Mar y Unión Hidalgo (H. Ayuntamiento Constitucional de la Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oax. 2014-2016).

En cuanto a la infraestructura educativa, de acuerdo con el INEGI (2010) existen 128 escuelas de educación básica y media superior, sumando 10 escuelas indígenas.

En la región del Istmo se concentran cinco etnias indígenas, las cuales abarcan los dos distritos mencionados. Los nombres de las etnias son: zapotecas, huaves, zoques, mixes y chontales; sin embargo, la influencia zapoteca es la dominante en la región. (CDI, 2009). De acuerdo con Dalton (2010) en el Istmo, el grupo zapoteco es el más numeroso, por lo que tanto su cultura como su economía son las prevalecientes.

Los zapotecas siendo guerreros -lo cual contribuyó a su identidad- no fueron sometidos por los aztecas ni por los españoles, esto contribuyó, por una parte, a formar una sociedad abierta que aceptó nuevos elementos de carácter cultural, y por otra parte, a desarrollar un carácter fuerte, orgulloso y dispuesto al cambio (Cardoso de Oliveira, citado por Reina 1997).

Este estudio intenta entender y tener una visión más clara de la historia y de las características demográficas que ayuden a comprender, más a fondo, la visión y las razones por las que algunas mujeres juchitecas acuden, o no, a los programas de detección oportuna del CaCu.

1.3.2 Historia de la identidad de la mujer Zapoteca. De acuerdo con Reina (1997) los estudios que tratan sobre las mujeres y las relaciones de género, en su mayoría colocan a las mujeres en una situación de desventaja, explotación y dominio. No obstante, en el siglo XIX, la historia de las mujeres zapotecas del Istmo de Tehuantepec no se caracterizó por las desventajas referidas. Por el contrario, ellas han formado parte fundamental en la economía, religión y en la reconstrucción de la identidad étnica, logrando entablar relaciones de complementariedad con el

género masculino (Mallon, 1986). Debido a la guerra, a la construcción del ferrocarril y al comercio a distancia, a mediados del siglo XIX en Juchitán, la familia estaba conformada en su mayoría por mujeres viudas o “solas” (ausencia del marido) y con 4 hijos como promedio. Para mantener a sus hijos las mujeres tenían que trabajar; fue así, como se integraron a la vida laboral, económica y remunerada (Reina, 1997).

Dalton (2010) reporta que desde principios del siglo XX, las mujeres aparecen en los censos como jefas del hogar, ya sea porque el marido participaba en las luchas de la Revolución, en la arriería, en las luchas por defender la autonomía de la región o por ser madres solteras.

El hecho de que las mujeres zapotecas estuvieran inmersas en el comercio y en los servicios, originó que éstas no dependieran de nadie ni fueran explotadas; ello les generó independencia tanto en el manejo de su tiempo como en su economía. Esta situación atrajo a viajeros nacionales y extranjeros. Las mujeres juchitecas han sido inspiración de artistas, cineastas, pintores, músicos, compositores y fotógrafos del siglo XIX, quienes las definían como mujeres bellas, arrogantes, seguras, fuertes y poderosas; además de proyectar una apariencia de libertad y ligereza (Reina, 1997).

Esta admiración de personas externas, les ha dado a las zapotecas una visión de sí mismas tan especial que aumenta su autoestima y fortalece su identidad, la cual está llena de símbolos y valores que se observan en la vida diaria. Sin embargo, algunos autores se cuestionan ese poder preguntando cuándo surge y cómo se ha instalado en el imaginario colectivo y en las propias zapotecas. Las mujeres zapotecas del Istmo han llamado la atención por su manera de ser, algunas investigadoras han reportado que existe matriarcado en la zona, sin embargo, las mismas mujeres zapotecas lo niegan (Dalton, 2010).

De acuerdo con la antropóloga Miano (2002), las mujeres zapotecas sufren subordinación en cinco espacios específicos:

1. En la relación sexual con el hombre, la subordinación se refiere al control social del cuerpo y la sexualidad de la mujer, lo que se ve en la doble moral sexual, más permisiva para los hombres.

2. En el hogar se presentan prácticas cargadas de violencia intra-doméstica. Es importante mencionar que se ha institucionalizado la existencia de otros hogares conyugales de los esposos con la amante; también se presenta una ausencia de los hombres respecto a la educación de los hijos.

3. En las estrategias de socialización. La subordinación se puede notar en la diferencia de la socialización primaria por género. El niño varón, tiene más libertad y permisividad, provocando que sea desobligado, irresponsable, incumplido, difícil, inseguro, infiel. En contraste, las niñas tienen obligaciones y responsabilidades como el comercio, el cuidado de hermanos y menos facilidades para el acceso a la educación nivel medio – alto.

4. En la actividad política. A las mujeres zapotecas, se les restringe el acceso a espacios de poder político formal; sin embargo, han tenido una participación importante en movimientos sociales y políticos a lo largo de la historia de Juchitán.

5. En el ejercicio cultural y artístico. Existe subordinación en espacios culturales como la música, las artes plásticas y la poesía, lo cual es paradójico, ya que ellas son las encargadas de las artes conocidas como populares o artesanías; como los bordados, la cerámica y la gastronomía prehispánica entre otras.

Dalton (2010) coincide en que la mujer zapoteca, no participa en algunas actividades, como la toma de decisiones en el rubro político, que de alguna manera influyen en las áreas socioeconómicas de la región y de sus familias.

En cuanto al tema de la sexualidad existen muchos mitos, Elena Poniatowska, por ejemplo, escribió que las mujeres zapotecas eran apasionadas y gozaban de libertad en el área sexual, sin embargo, estas declaraciones indignaron a la sociedad zapoteca sintiéndolo como una ofensa (Dalton, 2010). La antropóloga Dalton (2010) explica lo anterior al afirmar que existen dos ámbitos del discurso: el intracultural y el extracultural. Hace énfasis en que hay aspectos y verdades que sólo se conocen y se saben al interior del grupo, pero no se hablan fuera. Reporta además, que hay cierto pudor hacia el exterior en algunos temas específicos que no se traducen ni se comprenden adecuadamente por gente externa a la cultura.

Estudios antropológicos, reconocen leyendas y mitos en la zona del Istmo en torno a la sexualidad. En relación a la medicina y actividades de curación, la mujer tiene poder en esta área, ya que conocen y manejan el uso de hierbas y medicinas que sanan y liberan de espíritus y de enfermedades (Dalton, 2010). Esta parte es importante debido a que el uso de hierbas y medicinas tradicionales podrían estar asociadas a un diagnóstico tardío de CaCu, así como ser parte esencial en su visión de salud y enfermedad.

El grupo zapoteca del Istmo de Tehuantepec a diferencia de la mayoría de los grupos indígenas de México, se ha visto envuelto en la historia de un proyecto liberal y de la presencia extranjera, lo que enriqueció su cultura y fincó el orgullo de ser zapotecas (Reina, 1997).

Por ejemplo, en las parejas conformadas por mujeres zapotecas y hombres extranjeros, ellas conservaron su lengua, costumbres e identidad; a diferencia de ellos, quienes, pasaron por un proceso de aculturación para formar parte de esta comunidad. Esto permitió a la población femenina ser lo suficientemente abierta para aceptar y adoptar elementos de la cultura extranjera, reconstruyéndolos al integrarlos a su cultura (Reina, 1997). Esto puede ser un punto a favor para aceptar conductas preventivas relacionadas al cáncer cervicouterino.

La cultura zapoteca posee un sentimiento de pertenencia el cual, se refuerza con la socialización. En esta población, las actividades entre vecinos, amigos y familiares hacen fuerte la tradición y en algunas ocasiones la transgreden, lo que sirve como referencia acerca de lo que está correcto e incorrecto hacer (Dalton, 2010).

Todo el capítulo anterior, nos muestra algunos rasgos de la identidad de los zapotecas, en especial de las mujeres, quienes, a pesar de que su cultura, creencias y tradiciones están muy arraigadas, también se encuentran abiertas a elementos culturales nuevos. Además, es importante resaltar la desmitificación del matriarcado, ya que en la cultura zapoteca del Istmo de Tehuantepec, en particular en Juchitán, aún existen áreas de subordinación para la mujer, lo que podría estar asociado a una barrera en la adopción de conductas saludables.

1.3.3 Perfil de salud y situación de cáncer. Las características de la población evidencian que casi la mitad de la población no tiene seguridad social, lo que muestra una gran inequidad social en la región, además sólo existen 23 unidades médicas y 164 médicos para atender a toda la población (CONEVAL, 2010), lo que resulta insuficiente. Juchitán cuenta con un hospital de 2º nivel, 8 centros de salud urbanos y 4 centros de salud rurales, de acuerdo al documento oficial Plan de Desarrollo Municipal de Juchitán de Zaragoza 2014 – 2016, expedido por el propio municipio (H. Ayuntamiento Constitucional de la Heróica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oax. 2014-2016.) No obstante, este informe difiere de los 10 centros de salud, reportados por la Jurisdicción Sanitaria No. 2. De acuerdo con el Plan citado anteriormente, la mayoría de las localidades no cuentan con personal médico ni medicamentos para tratar las distintas enfermedades. Según el INEGI (2010) existen 14 070 personas derechohabientes por parte del

IMSS, 9 664 del ISSSTE, 2 565 familias con seguro popular, sin embargo, hay 41 092 personas sin ningún tipo de seguridad social. Según la SS, dentro de las principales causas de mortalidad en el municipio, se encuentran en primer lugar la diabetes, ya que en la población no hay cultura de actividad física ni hábitos saludables en la alimentación; en segundo lugar de mortalidad se encuentra el cáncer, le siguen las enfermedades del hígado, del sistema genitourinario, hipertensivas, infecciosas y parasitarias y accidentes. Uno de los principales problemas en salud, es la falta de abastecimiento de medicinas, las que son insuficientes para la cantidad de pacientes., además, es claro el abandono que sufren las casas de salud y la falta de apoyo a las organizaciones civiles que atienden a personas que padecen enfermedades venéreas como el VIH-SIDA. De acuerdo con la CONAPO la tasa de mortalidad infantil aumentó del año 2005 al 2010 de 12.77 a 14. El promedio de los hijos nacidos vivos en mujeres de entre 15 y 19 años fue de 0.1, por su parte el promedio en mujeres de 45 a 49 años fue de 3.2.

En una entrevista realizada a los habitantes de la comunidad (H. Ayuntamiento de la Heroica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, 2014-2016) se reportó mucha inconformidad en los servicios médicos por falta de especialistas, por lo que las personas tienen que trasladarse a otras ciudades para recibir atención médica.

Situándonos en la problemática del CaCu, en el estado de Oaxaca, no existe una disminución de la mortalidad por esta enfermedad paralela a la nacional, las mujeres oaxaqueñas siguen muriendo por este tipo de neoplasia maligna, aun cuando la mayoría de dichas muertes pudieron haber sido evitadas a través de una adecuada detección oportuna (Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino s/f). La cifra de fallecimientos por CaCu en el estado de Oaxaca del año 2000 al 2010 fue de 2,303 casos (García-Rojas et al., 2011), lo que representa más de la mitad de las muertes en todo el país.

De acuerdo con la Estrategia Estatal de Prevención Integral del CaCu, el municipio de Juchitán de Zaragoza es considerado entre aquellos con mayor mortalidad. Uno de los municipios de Oaxaca con mayor número de defunciones del 2000 al 2010 fue Juchitán de Zaragoza con 62 casos (García-Rojas et al., 2011).

Al analizar los datos epidemiológicos, es notable la alta morbilidad y mortalidad que se registra en mujeres Oaxaqueñas, en específico en mujeres zapotecas de Juchitán. El CaCu en esa población, es un problema de salud pública que requiere atención inmediata desde varios enfoques, el psicológico es uno de ellos.

1.4 Planteamiento del problema

Después de realizar la descripción de los modelos y teorías que intentan explicar por qué algunos individuos adoptan conductas saludables y otros no, son indudables las aportaciones en el campo de la psicología de la salud; sin embargo, tienen limitaciones importantes, como la poca varianza explicada de los modelos y las relaciones significativas pero pequeñas, además de que no incluyen otros aspectos como el estructural y el cultural. Al revisar los estudios que se han hecho acerca de las barreras para la toma del Pap como método de detección oportuna del CaCu, podemos observar que influyen otros aspectos como el estructural, cultural, social, además del individual descrito en los modelos socio- cognitivos.

Sin embargo, las barreras demográficas y estructurales no explican todas las diferencias étnicas y raciales vinculadas a la mortalidad por CaCu, incluso cuando existe acceso a la asistencia médica, dichas diferencias siguen existiendo; por lo tanto, factores psicosociales y culturales pueden impedir a las mujeres tener acceso a la asistencia médica, aun cuando los servicios médicos están disponibles a bajo o ningún costo (Kruse & Phillips, 1987; Vernon, Laville & Jackson, 1990). La Psicología en este punto juega un papel importante ya que puede identificar factores que intervengan en la participación de mujeres a las pruebas diagnósticas y de tamizaje.

A pesar de la evidencia descrita anteriormente, la investigación sobre las razones de una mayor mortalidad por CaCu en mujeres indígenas en México es escasa. Algunos estudios sugieren que dicha mortalidad se asocia con una detección tardía por falta de recursos económicos, pobreza y dificultad en el acceso a los servicios (Condon, Armstrong, Barnes, & Cunningham, 2003). La literatura muestra que las barreras para la toma de la citología cervical, las cuales pueden ser estructurales, psicosociales, culturales o de otra índole, varían en cada grupo social, debido a que cada grupo étnico tiene distintas y particulares características demográficas, sociales y culturales, que influyen en la asistencia a programas de detección oportuna de CaCu, lo que impacta de manera importante en la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. En razón de la alta prevalencia de defunciones por CaCu en Juchitán, de las particularidades socioculturales que presenta la población zapoteca y la necesidad de documentar algunos de los componentes psicosociales y estructurales que contribuyen u obstaculizan la ejecución de conductas preventivas de salud en este grupo étnico, se consideró estratégico estudiar a las mujeres juchitecas.

Con base en lo anterior, la presente investigación se propuso identificar las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural que inciden en la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas, así como indagar acerca del conocimiento general y las creencias que tienen acerca del CaCu y de la toma de la citología cervical. La información obtenida aporta elementos importantes para el diseño de programas de intervención y políticas públicas más efectivas.

En congruencia, la pregunta de investigación a responder fue la siguiente: ¿Cuáles son las barreras estructurales, psicosociales y culturales que inciden en la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas?

Parte II. Estrategia de investigación y resultados

Objetivo general

Identificar las barreras estructurales, psicosociales y culturales que inciden en la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos de este programa de investigación fueron cubiertos en cada una de las tres fases de investigación.

1. Identificar las barreras estructurales, psicosociales y culturales en la toma de la citología cervical desde la voz de los trabajadores de salud encargados de la toma de la citología cervical en Juchitán (Fase 1: Personal de Salud).
2. Describir los procedimientos de la toma de la citología cervical en sector público y privado en Juchitán (Fase 1: Personal de Salud).
3. Identificar las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural para la toma de la citología cervical desde la voz de las mujeres juchitecas que se la han realizado (Fase 2: Mujeres con antecedentes de toma de citología cervical)
4. Identificar las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural para la toma de la citología cervical desde la voz de las mujeres que nunca se la han realizado (Fase 3: Mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical)

Tipo de estudio

Se condujo un estudio de campo exploratorio/descriptivo (Kerlinger & Lee, 2002) de corte cualitativo. Exploratorio debido a que el acercamiento relacionado a los factores que influyen en la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas es escaso y no ha sido abordado, Descriptivo, ya que este estudio respondió a las preguntas de cuáles son los factores y cómo éstos influyen en la participación de las mujeres juchitecas en los programas de detección oportuna del CaCu.

Cualitativo porque para responder a la pregunta de investigación y lograr el objetivo, fue importante explorar que variables están involucradas en la toma de la citología cervical en

mujeres juchitecas. Kerlinger y Lee (2002) sugieren que cuando los modelos correlacionales expliquen poca varianza, se usen métodos cualitativos para explorar otras variables que puedan estar interviniendo en la explicación del fenómeno y que no han sido incluidas.

Por lo anterior y debido a que hay escasa información respecto a factores estructurales, psicosociales y culturales relacionados a la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas, los métodos cualitativos son particularmente adecuados para los objetivos de esta investigación. Además, dichos métodos se utilizan normalmente para estudiar poblaciones específicas con mayor profundidad, identificar nuevas variables que puedan medirse posteriormente desde un punto de vista cuantitativo y/o a escuchar voces silenciadas (Creswell, 2007).

La información necesaria para aplicar con éxito estrategias de detección oportuna de CaCu en población juchiteca, incluyendo la toma de la citología cervical, puede obtenerse de una manera más exhaustiva y significativa al hablar directamente con la población local. Al mismo tiempo, un abordaje cualitativo permitió a las participantes expresar sus preocupaciones sin que medie el sesgo del investigador por encontrar en la muestra estudiada lo que se ha documentado en la literatura predominantemente occidental (Creswell, 2007).

De acuerdo con Marshall y Rossman (1999) la investigación cualitativa cumple con algunas características, como la interpretación y el estar basada en la experiencia de las personas. La investigación cualitativa se plantea la inmersión en la vida cotidiana de determinada situación de estudio. Se intenta por descubrir la perspectiva de los participantes desde sus propios mundos y tomar a la investigación como un proceso en el cual interactúan constantemente el/la investigador/a y los participantes. Dicho proceso es descriptivo y analítico e intenta privilegiar el discurso de los participantes como datos primarios (Vasilachis, 2006). De acuerdo con lo anterior, esta investigación intentó documentar las experiencias y vivencias de los participantes, tomando en cuenta su contexto a fin de dar cuenta tanto de su experiencia en los programas de citología cervical, como de la opinión y percepción acerca de las barreras para la toma del CaCu.

Diseño de la investigación

Estudio de casos Chetty (1996), Eisenhardt (1989) con tres grupos independientes en razón de que se entrevistó a un grupo en cada fase de investigación y se hicieron análisis cruzando los datos que cada grupo proveyó sobre un mismo tema: barreras ante la toma del CaCu. Logrando el uso de múltiples fuentes de evidencia-triangulación Yin (1989).

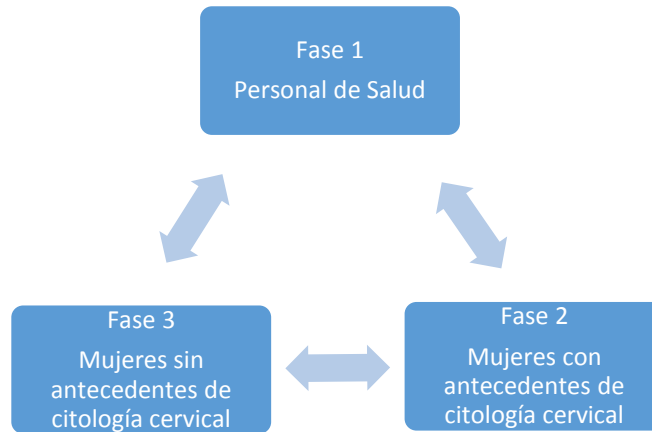


Figura 3. Fases y grupos de investigación

Participantes y muestreo

Se llevó a cabo un muestreo intencional (Kerlinger & Lee, 2002) se tomaron los casos a los que se pudo tener acceso y que cumplieran con los criterios de inclusión de cada fase, los cuales se describen más adelante. De acuerdo con Taylor y Bogdan (1996) y Vasilachis (1993) en esta investigación de corte cualitativo, la selección de la muestra (intencional) cumplió con el propósito de seleccionar muestras pequeñas para lograr los objetivos del estudio a profundidad, por medio de este tipo de muestreo se buscó seleccionar cuidadosamente pocos casos que pudieran caracterizar al objeto de estudio y brindar información profunda basada en la realidad. Además, el número de entrevistas se determinó con base en el criterio de saturación teórica (Creswell, 1998), ya que para la obtención de los datos, se acudió al campo para obtenerlos y analizarlos las veces que fueran necesarias hasta que las categorías de la información se saturaran (Creswell (2015).

Participantes fase 1. Personal de salud. El número total de clínicas donde se entrevistó al personal de salud fueron seis, de las cuales, 4 fueron públicas y 2 privadas. En esta fase la muestra quedó conformada por: (a) enfermeras (n=5) del sector salud público que trabajan en programas de detección oportuna del CaCu, (b) encargados de los programas de detección oportuna (n= 1), pasantes de enfermería (1) y (c) médicos encargados de los programas de detección oportuna en servicios privados (n=2) de organizaciones no gubernamentales (ONG's).

A continuación se presenta una tabla con las características de los participantes de esta fase (ver tabla 9).

Tabla 9

Características sociodemográficas principales de los participantes Fase I

Informante	Sexo	Edad	Lugar de Origen	Estado Civil	Puesto	Tiempo en programas de tamizaje
Enfermera 1	F	29	Juchitán	Casada	Enfermera Centro de Salud	9 años
Enfermera 2	F	25	Juchitán	Casada	Enfermera Centro de Salud	2 años
Pasante	F	27	Santiago Ixtaltepec	Casada	Pasante Servicio Social	3 meses
Enfermera 3	F	48	Juchitán	Separada	Enfermera Centro de Salud	
Enfermera 4	F	54	Juchitán	Casada	Enfermera Centro de Salud	26 años
Enfermera 5	F	36	Juchitán	Casada	Enfermera Centro de Salud	10 años
Médico encargado de programas de detección oportuna de cáncer	M	57	Tehuantepec	Casado	Encargado de programas de detección oportuna de cáncer	30 años
Médico Privado 1	M	54	Ixtaltepec	Soltero	Director ONG	25 años
Médico Privado 2	F	38	Espinal	Soltera	Coordinadora del Programa ONG	10 años

Participantes fase 2. Mujeres con antecedentes de toma de citología cervical. Se seleccionaron a las participantes (n=7) que cumplieran la condición de ser mujeres juchitecas, mayores de 18 años de edad, que hablaran español y que se hubieran tomado al menos una citología cervical. El contacto con las mujeres entrevistadas se dio a través de personas conocidas por la investigadora, quienes facilitaron la presentación y la reunión con ellas y a

través de bola de nieve. La siguiente tabla muestra las características principales de las participantes (ver tabla 10).

Tabla 10

Características sociodemográficas principales de las participantes Fase 2. Mujeres juchitecas con antecedentes de citología cervical

Informante	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	No. Hijos	Religión	No. Paps.
María	65	Casada	Analfabeta	Ama de Casa	2	Evangélica	1
Juana	29	Casada	Carrera Técnica	Estilista	1	Católica	7
Teresa	30	Divorciada	Licenciatura	Maestra	1	Católica	1
Margarita	71	Viuda	Analfabeta	Comerciante	8	Evangélica	3
Lucrecia	31	Separada	Secundaria	Empleada Doméstica	3	Católica	1
Socorro	60	Casada	Carrera Técnica	Comerciante	3	Católica	30
Verónica	53	Madre soltera	Primaria	Empleada Doméstica	1	Católica	6

A continuación se presenta una pequeña semblanza de las mujeres entrevistadas, con la finalidad de dar contexto a los discursos desde donde fueron narradas las experiencias en la presente investigación.

María en contexto. María es una mujer de 65 años de edad que nació en la ciudad de Juchitán, Oaxaca, habla tanto zapoteco como español, se fue de niña a vivir a un rancho en una comunidad de Chiapas, a los 15 años regresó a Juchitán con su familia, hija de comerciantes. María es analfabeta. Fue “raptada” a la edad de 20 años (ritual, en dónde de acuerdo con la pareja se la lleva a casa de los padres de él, dónde hacen la prueba de la virginidad, si ésta sale virgen, proceden a casarse). Se casó a la edad de 20 años y tuvo dos hijos, con 15 años de diferencia. Es ama de casa, esposa de carpintero. María se enteró de la citología cervical al acudir al médico por presentar síntomas de sangrado después de haber tenido a su segundo hijo a

los 40 años, reportó que el sangrado la asustó, y por eso acudió de inmediato a una Dra. particular, comentó que no le costó trabajo acudir puesto que quería saber qué era lo que tenía, se refiere a la prueba como una experiencia dolorosa. María ya no regresó porque ya no presentó ningún síntoma.

Juana en contexto. Juana es una mujer de 29 años, nació en Juchitán y es bilingüe, casada desde los 21 años, también fue “raptada”, es estilista y comerciante, su esposo trabaja en gobierno, tiene un hijo de 5 años. Comenta que de niña fue testigo de cómo su padre ejerció violencia doméstica e incluso no dejaba ir a su madre al Dr. Ni a la toma de la citología cervical. Ella acudió por primera vez cuando tuvo a su primer hijo, después de 4 meses de nacido el niño, acudió al Dr. particular para saber si ya podía reiniciar su vida sexual, y fue en ese momento dónde le hablaron de la prueba, comenta que se sintió incómoda al ser cuestionada sobre su vida sexual por parte del médico, además de sentir miedo de que se la pidieran pues pensó que podía tener alguna enfermedad o haber sido contagiada por su marido de alguna enfermedad de transmisión sexual. Al relatar su experiencia, comentó que sintió mucha vergüenza, que no tenía idea de cómo era la prueba y cuando supo cómo era, y vio que el que la iba a hacer era un Dr. Varón experimentó una gran pena, además de pensar que podría encontrarse al médico en la calle.

Teresa en contexto. Teresa es una mujer de 30 años, nacida en Juchitán, es divorciada con una hija de 9 años, se casó a los 20 años. Hija de maestros y hermana de 3 mujeres más. Estudió hasta nivel licenciatura y ahora se dedica a la docencia a nivel bachillerato. Vive con su hija, no recibe apoyo económico ni de otro tipo por parte del papá de su hija. En un principio fue considerada para ser entrevistada como mujer sin antecedentes de citología cervical, sin embargo, al momento de la entrevista recordó habérsela realizado una vez. Reporta que fue gracias a su trabajo que se la hizo, ya que le daban pláticas referentes al cáncer y a la prueba y ella misma daba capacitaciones en las comunidades sobre derechos en la mujer, entre los cuales estaba el derecho a la salud. En su trabajo llevaron a una Dra. para que realizara las pruebas a las mujeres que trabajaban en esa dependencia. Referente a su experiencia con la prueba, reportó que fue muy incómoda y que piensa que la ciencia no ha avanzado mucho para hacer una prueba menos invasiva. Sólo se hizo uno y no ha regresado, reportó que por no darle la importancia

debida, por cuestiones económicas, por dar importancia y prioridad a los demás y dejar su salud al final.

Margarita en contexto. Margarita es una señora de 71 años de edad, juchiteca, bilingüe, viuda, analfabeta, comerciante, 8 hijos, vive con algunos de sus hijos y nietos. Sus hijos los tuvo con partera en su casa. En relación al Papanicolaou ella acudió por primera vez a realizarlo cuando presentó síntomas de sangrado a los 60 años aproximadamente y se tomó otros dos, hasta que la Dra., de un centro particular le dijo que estaba todo bien y que en caso de presentar algo regresara, Margarita reporta que nunca sintió nada y que se ha sentido bien, por lo que no regresó. Al preguntarle por su experiencia con la citología cervical no es capaz de nombrar como se sintió.

Lucrecia en contexto. Lucrecia es una mujer juchiteca de 31 años de edad, bilingüe, separada con 3 hijos, vive con sus hijos, terminó la secundaria y trabaja de empleada doméstica. Su primer hijo lo tuvo con partera, hasta que estuvo inscrita en el seguro popular teniendo a los otros dos en el hospital, comenta que el servicio del seguro popular no le gusta porque le han negado la atención, por lo que cambió al seguro militar que le dan por sus pareja. Relata que su mamá murió de CaCu, que se lo detectaron ya muy tarde y que a pesar de que recibió sus tratamientos oncológicos en la ciudad de Oaxaca, ésta falleció. Su primer y único Papanicolaou lo realizó en una campaña, en la cual monitorearon el servicio y lo tomaban sin tener que esperar mucho para ello, argumenta que ya no regresó a tomarse otro por el tiempo, puesto que tiene muchas cosas que hacer como trabajar, el cuidado de los hijos y en el centro de salud la atención es muy tardada. Reporta que su experiencia en la toma fue dolorosa, sabía lo que le iban a hacer por lo que le había contado la gente de la prueba, sin embargo experimentó dolor, refiere que le costó menos trabajo al ver que la persona que se la iba a hacer era una mujer ya que con hombre le hubiera dado mucha pena.

Socorro en contexto. Socorro es una mujer juchiteca, no habla zapoteco, tiene 60 años de edad, casada, con 3 hijos, comerciante, tiene un pequeño negocio, estudió una carrera técnica de secretaria, su esposo es odontólogo, vive con él, sus 3 hijos ya se casaron y viven fuera de Juchitán. Socorro reporta que su primer Papanicolaou se lo hizo cuando tuvo a su primer hijo, ya

que el Dr. le habló de éste y que a partir de ahí se lo ha hecho cada año sin falta, hasta este año que le toca realizarlo y no ha acudido por otros problemas de salud. Refiere que ella siempre se ha preocupado por su salud y que eso es lo que la motiva a que acuda cada año, además de haber tenido una hermana con cáncer de cérvix quien murió. Prefiere que se lo hagan ya sea enfermeras o doctoras pero mujeres, que cuando le toca un hombre le da mucha pena. Se lo realiza en el IMSS dónde una vez que se saca ficha es rápida la atención, refiere un buen trato por parte de los profesionales de la salud.

Verónica en contexto. Verónica es una mujer de 53 años, nació la ciudad de Juchitán, es madre soltera de una mujer de 33 años de edad, es empleada doméstica y también cuida a su nieta de 11 años. Vive con su hija y su nieta en una casa rentada, estudió la primaria. Sus padres y hermanos viven en Matías Romero, comunidad que está a una hora de Juchitán y a quienes visita regularmente. Cuando acudió al centro de salud a hacerse alguna revisión escuchó hablar del Papanicolaou y fue por eso que se lo realizó, ha acudido varias veces tanto en el centro de salud público como en el privado, reporta que cuando tiene la posibilidad de pagar un privado lo prefiere ya que la entrega de los resultados es mucho más rápida.

Participantes fase 3. Mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical. En esta fase fue complicado reunir la muestra puesto que, las mujeres se negaban a hablar del tema y en algunos casos no hablaban español, por lo que tuvieron que ser descartadas. Las participantes fueron mujeres juchitecas, mayores de 18 años, que hablaran español y que nunca se hubieran realizado una citología cervical (n=7). El contacto con las mujeres se dio igual que en la fase anterior, bola de nieve y por contactos particulares de la investigadora. En la tabla siguiente (véase tabla 11) se encuentran descritas las características de estas participantes.

Tabla 11

Características sociodemográficas principales de los participantes Fase 3. Mujeres juchitecas sin antecedentes de citología cervical

Informante	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	No. Hijos	Religión	Afiliación
Ana	29	Casada	Carrera Trunca	Artesana	1	Evangélica	No
Luisa	62	Casada	Analfabeta	Comerciante	11	Evangélica	No
Concepción	40	Soltera	Licenciatura	Periodista	0	Evangélica	IMSS
Alicia	21	Casada	Bachillerato	Empleada	0	Católica	Seguro Popular
Diana	18	Soltera	Preparatoria	Empleada Doméstica	0	Católica	Seguro Popular
Soledad	82	Madre Soltera	Analfabeta	Comerciante	4	Católica	Seguro Popular
Esperanza	26	Casada	Carrera Técnica	Ama de Casa	1	Católica	Seguro Popular

De igual manera que en la fase 2, se presenta una semblanza de las mujeres entrevistadas con el objetivo de contextualizar los discursos desde donde fueron narradas sus experiencias.

Ana en contexto. Ana es una mujer juchiteca de 29 años de edad, casada y con una hija de 9 años. No habla el zapoteco, sólo lo entiende. Ana no terminó su carrera y se dedica a hacer piñatas para venderlas, junto con su esposo. Es evangelista dónde les hablan de la enfermedad del CaCu, sin embargo, ella nunca ha asistido a esas pláticas. Ana escuchó hablar del CaCu por la televisión, aunque no está informada del origen y el proceso de la enfermedad. Ha escuchado hablar del Papanicolaou, sin embargo, no se lo ha realizado principalmente por miedo a que le digan que tiene algo malo. Ana no presenta mucho interés en estar informada sobre el tema. Reporta que le ayudaría a ir si alguien cercano la acompañara.

Luisa en contexto. Luisa tiene 62 años, es bilingüe, aunque su lengua natal es el zapoteco. Se casó a la edad de 21 años, es ama de casa y comerciante de una pequeña tienda de abarrotes

ubicada en su casa. Tuvo 11 hijos. Su religión es evangelista y está muy allegada a ella, en donde le han enseñado que la sexualidad es únicamente con fines de procreación y que la enfermedad viene del pecado. Ella no cree en médicos ni en la medicina, reporta que Dios y la fe son los únicos en los que confía y que Dios ya tiene un plan trazado para cada uno de nosotros. Ella ha escuchado hablar del cáncer y del Papanicolaou, pero nunca ha acudido, sólo se ha acercado a las parteras cuando tuvo a sus hijos.

Concepción en contexto. Concepción es una mujer juchiteca de 40 años de edad, es bilingüe, aunque habla más en castellano. Estudió una licenciatura y se dedica al periodismo, es soltera. Concepción escuchó por primera vez del Papanicolaou en una cita médica, sin embargo, no se realizó la prueba por considerarla muy violenta. Ella comenta que ha conocido muchas mujeres que han muerto de CaCu y que es común en su comunidad que las mujeres hagan sacrificios por los demás, dejando en último lugar su propio bienestar y su salud. Está informada sobre el VPH y su papel en el desarrollo del CaCu, además conoce la utilidad de la citología cervical, reporta que no se la hará hasta que existan pruebas menos invasivas y violentas.

Alicia en contexto. Alicia nació en Juchitán hace 21 años, es bilingüe, tiene 5 meses de casada después de 3 años de noviazgo. Fue “raptada” por su novio, en lo que ella estuvo de acuerdo porque se quería casar, sin embargo, la experiencia y el rito no le gustaron. Terminó el bachillerato y trabaja actualmente como empleada. Alicia está buscando tener hijos, comenta que le han dicho que no se ha podido embarazar por el alcoholismo de su pareja, quien está en rehabilitación. Ha escuchado hablar del VPH sin embargo, desconoce su forma de transmisión y el papel que tiene en el desarrollo del CaCu, no está informada ni ha escuchado hablar de esta enfermedad. Escuchó hablar de la citología cervical por su mamá, pero no ha ido porque es recién casada, piensa que las mujeres no acuden por miedo a que las lastimen o por miedo a que les digan que tienen algo malo y que no puedan enfrentarlo. Además reporta que el papel de la pareja es una barrera, ya que hay algunos esposos que no acceden a que la mujer acuda con médicos varones. Reporta que se haría la prueba para saber cómo está su salud, sin embargo le da miedo que le duela.

Diana en contexto. Diana es una chica de 18 años de edad, es juchiteca y es bilingüe. Diana terminó la preparatoria y está trabajando actualmente como empleada de una tienda. Es soltera sin hijos, tiene una relación de noviazgo. Diana se quiere casar, pero están esperando a que su novio termine la carrera. Ella ha escuchado hablar de la citología cervical por familiares, sin embargo, le han contado que es para aquellas mujeres que ya tuvieron hijos. Reporta que la pena es una de las barreras más importantes para que las mujeres no acudan, además de que en muchos casos las parejas no las dejan. Expresa dudas e inquietudes sobre la transmisión del VPH.

Soledad en contexto. Soledad nació en Juchitán, tiene 82 años de edad, es madre soltera de 4 hijos, tiene varios nietos y una bisnieta. Su lengua natal es el zapoteco, aunque aprendió el castellano. No acudió a la escuela, ya que en su época sólo enviaban a los varones. Su madre la metió de rezadora, pero ella prefirió el arte de bordar y a eso se dedicó, además de vender cervezas en las fiestas del pueblo. Soledad es una mujer muy sabia, con gran conocimiento de la vida y su comunidad. Ella tuvo a sus hijos por medio de partera en su casa. Ha escuchado del cáncer por gente conocida a la que le pasó, además de tener hijos involucrados en el sector salud, quienes le hablan de esos temas. Reporta que en su época no existía eso del Papanicolaou, que no lo recuerda al menos, y que en la actualidad no lo practicaría por su edad. Piensa que las mujeres no acuden por falta de información y por dejar al final sus necesidades, ya que la mujer juchiteca es quien siempre ve por su familia, además de ser muy trabajadora.

Esperanza en contexto. Esperanza tiene 26 años, es juchiteca y habla tanto el zapoteco como el castellano. Es casada, y tiene 1 hija, estudió el bachillerato saliendo como promotora en salud, por lo que está informada sobre el CaCu y la citología cervical. Su esposo es migrante y está fuera 8 meses al año. Ella es ama de casa. Esperanza reporta varias barreras para tomarse la citología cervical, algunas que menciona son la desidia, el temor de recibir un diagnóstico de VPH, temor a saber que su marido le ha sido infiel y le ha contagiado alguna enfermedad, además de que el sector salud constantemente está en paro de labores y huelgas.

Estrategias de recolección de la información

- **Observación.** Se realizaron visitas a la comunidad con la finalidad de obtener y recabar información de la zona de estudio para hacer un encuadre general. Se elaboró **una guía de observación** con el objetivo de identificar aspectos específicos de interés para el estudio. Se registraron las observaciones en **diarios de campo**.
- **Entrevistas Semi-estructuradas.** Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a trabajadores de salud encargados de programas de tamizaje del CaCu de sector público y privado así como a mujeres juchitecas con y sin antecedentes de toma de citología cervical, con base en una guía de entrevista temática que indagó sobre distintos aspectos, lo que será descrito más adelante.

De acuerdo con Kvale (2007) en las entrevistas, las personas interactúan a través de la conversación, la cual es una forma básica de interacción humana. La entrevista semi-estructurada permitió llevar cierto grado de dirección de la interacción con base en el instrumento de la entrevista. En las entrevistas realizadas, la investigadora escribió una serie de preguntas a manera guía organizadas por temas, que aunque éstas en algunos casos cambiaron, sirvieron para guiar las entrevistas con los diferentes informantes (Álvarez-Gayou, 2003; Wengraf, 2001), además, este tipo de instrumento permitió la posibilidad de abordar los temas sugeridos, ya que en algunos casos se hicieron preguntas específicas en relación a sus sexualidades, y brindó la suficiente flexibilidad en la dinámica de la entrevista, lo que permitió ahondar en las vivencias de las y los participantes.

Uno de los ejes temáticos que se exploraron en las entrevistas en cada una de las fases fueron las características sociodemográficas con el fin de conocer y poder situar a los participantes en su contexto socioeconómico, a continuación se enlistan el resto de los ejes temáticos de las tres fases.

Ejes temáticos fase 1. Personal de salud.

1) Experiencia de los trabajadores de salud en los programas de tamizaje del CaCu en mujeres juchitecas: Se realizaron preguntas que pudieran dar cuenta de su historia y experiencia como trabajadores de salud en programas de tamizaje en la comunidad, así como de las posibles dificultades percibidas para la realización de sus funciones, disponibilidad de

recursos del sector salud y las barreras que según su opinión obstaculizan la asistencia de las mujeres juchitecas a la toma de la citología cervical.

Ejes temáticos fase 2. Mujeres con antecedentes de toma de citología cervical.

1) Conocimiento general y creencias acerca del CaCu y la citología cervical: Se cuestionó acerca del conocimiento relacionado al CaCu y la citología cervical, indagando acerca de las propias definiciones de los participantes al referirse a esta enfermedad y la prueba.

2) Experiencia y vivencia de las mujeres en programas de tamizaje y realización de la citología cervical: Se realizaron preguntas que pudieran dar cuenta de su historia y experiencia en los programas de citología cervical con el objetivo de obtener una breve descripción, desde su perspectiva.

3) Barreras para la toma de la citología cervical: Se realizaron preguntas relacionadas con las barreras que se les presentaron para acudir a los programas de detección oportuna o para regresar a éstos.

Ejes temáticos fase 3: Mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical.

1) Conocimiento general y creencias acerca del CaCu y la citología cervical: En este apartado se indagó acerca del conocimiento relacionado al CaCu y la citología cervical, preguntando sus propias definiciones al referirse a esta enfermedad y a la prueba.

2) Barreras para la toma de la citología cervical: Esta parte de la entrevista realizó preguntas relacionadas a las barreras que tienen para acudir a los programas de detección oportuna.

Procedimiento

Dentro del municipio de Juchitán se eligió a la ciudad de Juchitán para hacer el estudio, debido a que es cabecera municipal y muchos habitantes de las distintas localidades del municipio, acuden a esta ciudad para recibir atención médica, ya que en sus localidades no cuentan con personal médico, ni instalaciones adecuadas.

Para la obtención de datos en la primera fase, se acudió a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 en la ciudad de Juchitán con el objetivo de establecer el contacto institucional para poder acceder a la población de estudio, esta institución se encarga de coordinar los servicios de atención médica en

el municipio de Juchitán. Ellos fueron el primer contacto y permitieron el acercamiento al personal de salud de las distintas clínicas para poder entrevistar al personal que estuviera a cargo y participara en los programas de detección oportuna del CaCu. Por lo que se acudió a esta jurisdicción para conseguir el acceso a las clínicas, fui citada alrededor de 3 veces con el fin de hablar con el Director. En una de las citas, el personal de las SS de la región tuvo paro de labores y realizó una marcha en la localidad de Comitancillo, exigiendo mayor seguridad para los pasantes, ya que hubo un caso de violencia sexual con una de las pasantes en la clínica de dicho lugar, lo que representa un riesgo para las mujeres y para las profesionales de salud que acuden a la región. Este hecho hizo que la comunidad se alertara y hubiera paro de labores en el sector salud para exigir seguridad, marchas para que se hiciera justicia e incluso amenazas de linchamiento al alcalde como medio de presión para que se enfocara en hallar a los agresores. Este hecho marcó el inicio de la investigación. En otra ocasión el Director tuvo una reunión relacionada con el caso referido y una vez más me citó más tarde por exceso de trabajo.

Una vez que hablé con él, me enviaron con un par de médicos más para que me dieran un oficio y poder ingresar a las clínicas, este proceso duró aproximadamente una semana más, ya que el día que me citaron, la SS se fue a paro de labores dos días más. Al darme el oficio para que los entregara a las clínicas, me entregaron también una lista de las 11 clínicas de la ciudad, con sus direcciones y los nombres de sus respectivos directores. La selección de las clínicas se hizo por ser las que más afluencia tenían.

Los contactos se hicieron en el mes de octubre del 2015, las observaciones de campo y entrevistas tuvieron inicio en el mes de noviembre del mismo año, el periodo en que se llevaron a cabo las entrevistas en esta primera fase, fue alrededor de 3 semanas. Resultó difícil establecer contacto con la institución debido a seguidos paros de labores que complicaron contactar al personal de salud pública para las entrevistas. En contraste, en el sector privado, resultó más sencillo establecer el día, lugar y hora para realizarlas. Las entrevistas varían en duración, éstas se hicieron de manera abierta, lo que permitió que los participantes introdujeran temas en el relato de su experiencia en los programas de tamizaje, que permitieron identificar distintas situaciones que no se habían contemplado con anterioridad.

El procedimiento que se utilizó para recabar la información, consistió en acudir a las clínicas y pedir hablar con el encargado para informarle de los objetivos del estudio, quien fue el contacto con las enfermeras encargadas del programa. Se solicitó la colaboración voluntaria de

los informantes para participar en el estudio, a quienes de igual manera se les explicó de manera breve los objetivos de éste, se pidió su autorización para video grabar la entrevista, se les aclaró de manera previa que la información recabada era confidencial y con fines únicamente de investigación. En todos los casos se acordaron los horarios y lugares elegidos por los participantes, todas las entrevistas se llevaron a cabo en las clínicas en un horario matutino, a excepción de una que se efectuó en un “cyber”.

En el caso de las enfermeras entrevistadas, fueron las que toman las muestras y las encargadas de los programas de detección oportuna de los centros de salud, las entrevistas se hicieron en consultorios compartidos, ya que no tienen un lugar exclusivo, ni un espacio específico. Hubo dificultades para realizar algunas de las entrevistas, ya que tocaban la puerta constantemente e incluso en algunos casos entraban compañeros al consultorio, interrumpiéndola. En uno de los centros de salud se entrevistó a una pasante de enfermería, ya que los encargados oficiales estaban en reunión sindical y los pasantes se quedaron a cargo del centro de salud, lo cual sucede frecuentemente. De los servicios privados, fueron entrevistados los médicos que están a cargo del programa de detección oportuna, ambos centros son ONG's que tienen dentro de sus programas uno dedicado a la detección oportuna del CaCu. Se entrevistó de igual manera a un encargado de los programas de detección de cáncer de la región, que tiene a cargo las clínicas de la ciudad de Juchitán, es importante comentar que fue difícil concretar esta entrevista, ya que dicho participante se encuentra constantemente en brigadas en otras comunidades, además de que el día en el que se me citó, la Secretaría de Salud (SS) estaba en paro de labores, lo cual durante mi estancia fue recurrente; por lo que la entrevista se efectuó en un centro de cómputo “Cyber” lo que dificultó la comunicación con el entrevistado puesto que no fue el lugar más idóneo.

Es importante mencionar que al acudir a la clínica de la 7ª Sección, lugar reconocido por preservar más sus costumbres de pescadores y por ser una zona con alta marginación; me percaté que en la dirección que me dieron, hay una clínica abandonada, un señor al notar mi presencia se acerca y comenta -“la gente quiere que vuelvan a abrir la clínica, hay medicinas abiertas en el interior y hace 2 años que la cerraron”. Se pregunta a la gente en la calle por la clínica de la sección y me envían a distintas calles, pero no logro encontrarla, en una de las calles que me mandaron estaba la clínica del IMSS y ellos me dicen que están enviando a la gente a la clínica de la 5ª. Sección, no obstante la clínica de la 7ª. sección no está funcionando.



Foto 1. Clínica abandonada de la 7ª. Sección

Por lo que respecta a la obtención de datos de la fase 2 y fase 3, se acudió a la comunidad alrededor de un mes, a finales del año 2015, no obstante, al hacer el análisis de la información se detectó que faltaban participantes para llegar a la saturación teórica, por lo que se regresó a campo aproximadamente 7 meses después por un periodo de dos semanas para lograr cubrir la cuota de participantes. Cabe resaltar que fue muy complicado conseguir a las participantes de la fase 3, ya que a muchas de las mujeres que se les preguntó si querían participar comentaron que ya se habían realizado la citología cervical, algunas otras mujeres que reportaron que nunca se lo habían hecho no hablaban español, por lo que fueron descartadas para esta fase del estudio y finalmente hubo algunas mujeres que se negaron a participar. Las mujeres de ambas fases participaron de forma voluntaria y se realizaron un total de 14 entrevistas individuales. La duración de las entrevistas varió de participante en participante, la de menor duración fue de 20 minutos y la de mayor de 59 minutos. Las entrevistas se realizaron de manera abierta, lo que ayudó a que las mujeres se pudieran expresar al relatar sus historias. El lugar y horario fue acordado con cada una de las participantes.

Los lugares para aplicar las entrevistas fueron principalmente las casas de las participantes, sin embargo, algunas vecinas prestaron sus casas así como la casa de un conocido de la investigadora fueron también los escenarios donde se realizaron las entrevistas. Se hicieron recorridos físicos por distintas secciones de la comunidad, buscando a los informantes en sus propios domicilios o lugares de trabajo, con la finalidad de ampliar las fuentes de contacto con la población. En algunos momentos se recibió el apoyo de otras personas para introducirme a las diferentes secciones de la comunidad. En todos los casos fue la investigadora quien realizó las entrevistas y quien hacía anotaciones de las observaciones de aspectos significativos de la investigación. Durante la aplicación de las entrevistas se plantearon dudas por parte de las participantes; las principales estaban relacionadas con la toma de la citología cervical, la colposcopia y la infección del VPH. A todas las participantes que expresaron dudas se les aclararon al final de la entrevista.

En las tres fases se tomaron en cuenta los aspectos éticos del manejo de la información, por lo que a cada participante se le explicó al principio de cada entrevista que la información iba ser tratada de forma confidencial y anónima (se usaron pseudónimos). Se les entregó y leyó el consentimiento informado para que conocieran los objetivos de la investigación y que otorgaran su consentimiento para que las entrevistas fueran video-grabadas, material que únicamente sirvió para el análisis de la información. Las primeras entrevistas, tuvieron la finalidad de realizar un primer acercamiento al tema de investigación, a la problemática y a las categorías propuestas para dar respuesta a la pregunta de investigación, además sirvieron para ver si las preguntas eran comprensivas; por lo que se hicieron algunos ajustes a las guías de entrevista. En razón de que las pruebas piloto resultaron aportar información valiosa para los objetivos de la investigación, se incluyeron para el análisis. Hechos los ajustes a las guías, se procedió a realizar el resto de las entrevistas.

Análisis de la información

Una vez que se realizaron las entrevistas de cada fase, se transformó la grabación original a la transcripción textual de la conversación, cabe mencionar que este proceso se hizo de la manera más inmediata posible después de realizar cada una de las entrevistas. Dicho proceso incluyó la descripción de la interacción verbal original, además de otros aspectos inherentes al hablar, como

el volumen, la entonación, el tono, el timbre y el ritmo de la voz los cuales no quedan registrados en la transcripción (Mishler, 1984).

Seguido de la transcripción se realizó análisis de contenido, en dónde se elaboraron las categorías de análisis para clasificar la información a partir de la guía de entrevista y los objetivos del estudio. Este tipo de análisis emplea a través de las comunicaciones o producciones textuales los datos con el fin de comprender el sentido de dichas comunicaciones sin tener el objetivo ni el interés de cuantificar esos contenidos (Zarco, 2000). Las categorías se agruparon usando la técnica de categorización de significados propuesta por Kvale (1996). Por medio de esta técnica, cada entrevista se codificó en categorías mutuamente excluyentes, lo que permitió estructurar las narraciones en unidades de información que facilitaron la comprensión del fenómeno. El siguiente paso fue la búsqueda de códigos y subcategorías para realizar un análisis más preciso. Se usó el programa Atlas-ti, versión 7.5.1.4. A continuación se enuncian los pasos que se siguieron para dicho análisis y se muestra en la figura 3 el procedimiento del análisis (ver figura 3).

a) Una vez transcritas las entrevistas, se formaron agrupaciones de éstas con relación a cada grupo de participantes, formándose tres unidades de análisis, una por cada grupo de informantes, las cuales se analizaron de manera inicial por separado.

b) Para realizar la codificación se leyeron de manera detenida cada una de las entrevistas con el objetivo de identificar los códigos a través de las narraciones de los y las participantes. De acuerdo con Bautista (2011) los códigos son unidades de datos a las que se les asigna ya sea una palabra o frase para identificar y señalar su pertenencia. En esta investigación se emplearon frases que expresaron los participantes que describían el contenido.

c) Para la categorización, el análisis de contenido se organizó a raíz de los ejes temáticos que se elaboraron a partir de la literatura existente sobre el tema y de la información obtenida por parte de los informantes a través de las entrevistas. Se formaron tres ejes temáticos generales: barreras estructurales, barreras psicosociales y barreras culturales. Dicha categorización hace referencia a una clasificación conceptual de unidades de datos que conllevan un mismo tema (Bautista, 2011). Cada eje temático se conformó por categorías y subcategorías mutuamente excluyentes en las que se agruparon los códigos.

d) Una vez hecha la categorización en cada fase, los resultados fueron integrados en tablas en donde se contrastaron los de cada grupo de participantes, encontrando similitudes y diferencias

en cada uno, lo que permitió comprender de una manera más profunda el fenómeno y facilitó el cumplimiento del objetivo del estudio.

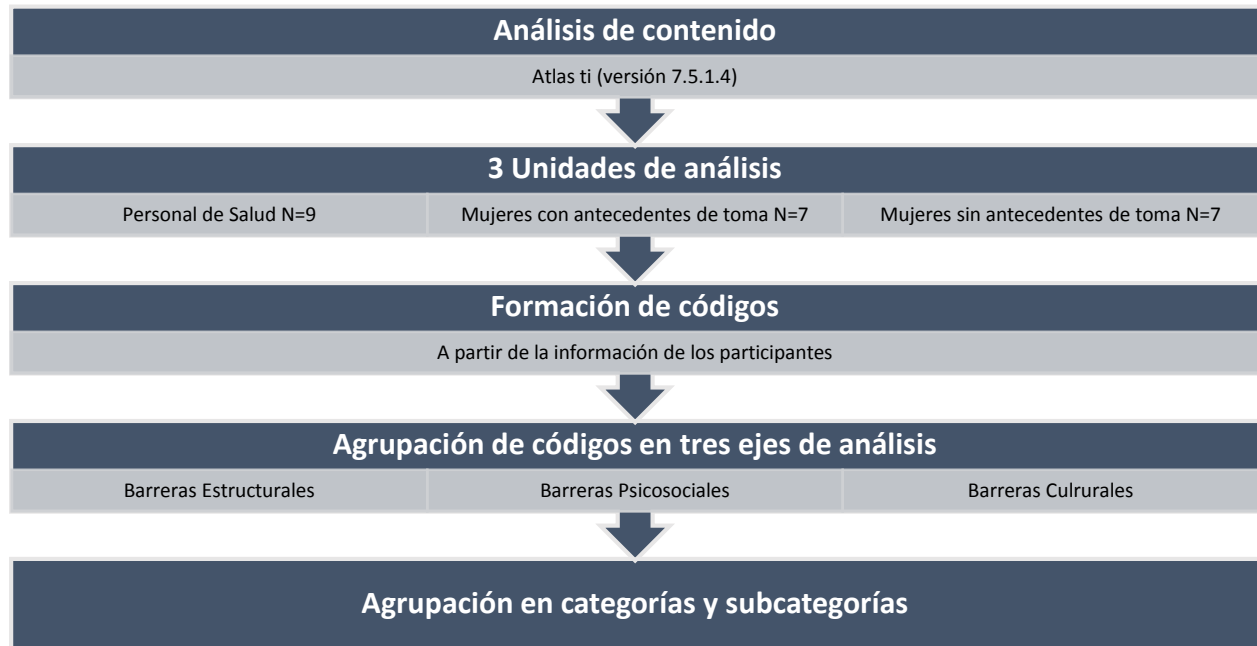


Figura 4. Procedimiento análisis de información.

A partir de la revisión de la literatura relacionada con las barreras para la toma de la citología cervical, se propusieron tres áreas para explorar las cuales se describen a continuación, sin embargo, es importante mencionar que en aras de hacer un análisis sistemático, se buscó que las categorías no se traslaparan, pero, el proceso de clasificación es complejo por lo que es una clasificación parcial ya que hay algunas categorías que pueden caer en dos o tres apartados. Dicha categorización se hizo en función de la pregunta de investigación, se buscó además la clasificación más clara aunque es evidente que la complejidad del fenómeno no permite hacer clasificaciones duras.

1) Barreras Estructurales: Se tomaron en cuenta todas aquellas condiciones que dificultan o impiden la asistencia a la toma de la citología cervical y que tienen que ver con el sistema de salud y las instituciones.

2) Barreras Psicosociales: Hacen referencia a los procesos interpersonales y características sociodemográficas que dificultan o impiden la asistencia a la toma de la citología cervical.

3) Barreras Culturales: Tienen que ver con las normas que prevalecen en una comunidad y que obstaculizan la asistencia a la toma de la citología cervical.

Ejes de análisis y categorías por fases. El análisis de contenido de las entrevistas se organizó con base en los ejes de análisis descritos anteriormente: barreras estructurales, psicosociales y culturales y sus respectivas categorías que fueron las mismas casi en su totalidad en las tres fases, a diferencia del papel de la iglesia evangélica en la información acerca del VPH, la experiencia de la prueba y el papel que tiene la información de pares reportadas sólo en la fase 2, así como las categorías de problemas laborales y sociales y la falta de apoyo social reportadas únicamente en la fase 3 y por último los roles de género que aparecieron en las fases 2 y 3. La siguiente tabla muestra la organización empleada para el contenido de las entrevistas (ver tabla 12).

Tabla 12

Organización del análisis de entrevistas: Ejes temáticos y categorías

Barreras Estructurales	Barreras Psicosociales	Barreras Culturales
<ul style="list-style-type: none"> • Organización • Presupuesto • Información y campañas por parte del personal y las instituciones de salud • Conductas del Personal de Salud • Papel de la Iglesia (evangélica) en la información* • Problemas laborales y 	<ul style="list-style-type: none"> • Información • Características Sociodemográficas • Actitudes/Emociones de la mujer • Experiencia de la prueba* 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud de la pareja ante la prueba • Tabú de la sexualidad • Costumbres/cosmo- visión • Lengua • Mitos/creencias • Roles de género *** • Información de pares * • Falta de apoyo social **

Nota: * Categorías reportadas sólo por participantes fase 2: Mujeres con antecedentes de la prueba.

** Categorías reportadas sólo por participantes fase 3: Mujeres sin antecedentes de la prueba

*** Categorías reportadas por participantes fase 2 y 3

Criterios de rigor científico

Con relación a los criterios de rigor científico, en la investigación cualitativa existe un debate con relación a si se deben usar o adaptarse los criterios derivados del paradigma positivista. Sin embargo, sí hay consenso entre los investigadores cualitativos respecto de que éstos, deberán referirse tanto al diseño de la investigación y recolección de datos, como al análisis de datos y a la elaboración y presentación de los resultados, además concuerdan en que no es factible aplicar los criterios de rigor de la investigación cuantitativa sin cambiarlos. Sin embargo, se han adecuado y creado criterios de científicidad propios para la investigación cualitativa (Krause, 1995). Para este trabajo se tomaron en cuenta los criterios de:

a) Profundidad y aplicabilidad/utilidad sustituyen al criterio de validez en la investigación cuantitativa. En cuanto a la profundidad se realizó el efecto de triangulación de fuentes de datos sobre los resultados con los datos obtenidos de los tres grupos de participantes, lo que permitió desarrollar y corroborar una interpretación global del fenómeno (c Finalmente la aplicabilidad y utilidad se lograron a través de la cercanía de los resultados con los datos empíricos (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990).

b) Transparencia que reemplaza el criterio de confiabilidad y replicabilidad de la investigación cuantitativa, éstos se emplean tanto en el análisis de datos como en la presentación de resultados. Cuando se habla de transparencia, se hace referencia a la posibilidad de que el lector entienda la manera en que se llegó a los resultados por medio de las entrevistas, es decir que los datos estén fundamentados con las entrevistas, logrando credibilidad en los datos. Además en esta investigación, se presentó información clara y precisa del procedimiento metodológico, que incluye desde la selección de la muestra, hasta la presentación de los resultados (Corbin & Strauss, 1990).

c) Finalmente con relación a los criterios de representatividad y generalización, en este tipo de investigaciones no se busca lograr ninguno de esos criterios; lo que si se logró fue una generalización a nivel conceptual, no de “casos” (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990).

Consideraciones éticas en la investigación

Se siguieron los principios éticos considerados en las investigaciones con seres humanos, los cuales se propusieron en el Informe Belmont y fueron retomados por la el National Institute of Health [NIH] para investigaciones extrainstitucionales (s/f).

1. Respeto a la persona
2. Beneficencia: No hacer daño y aumentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.
3. Justicia: Tratar a los participantes de manera justa y equitativa.

De igual manera se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Consentimiento Informado
- Participación Voluntaria
- Decisión de responder o no a las preguntas que les incomoden
- Solicitar la autorización para video-grabar las entrevistas
- Terminar la entrevista en caso de que ellos lo propusieran
- Confidencialidad

Resultados

Resultados fase 1. Personal de salud.

Procedimientos desde la voz del personal de salud acerca de la toma de la citología cervical en sector público y privado de Juchitán.

Sistema de salud público. La SS del estado de Oaxaca se rige por la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 (SS, 2007) para la toma de la citología cervical, la cual indica que ésta se hará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por VPH, displasia o cáncer, aquellas con resultado de infección por VPH, displasia o cáncer, serán enviadas a una clínica de displasias y, cuando sean dadas de alta regresarán al periodo anual de revisión. Aquellas con procesos inflamatorios inespecíficos, continuarán con sus revisiones anuales hasta que tengan dos resultados negativos de manera consecutiva. La norma también indica que el personal de salud de primer contacto, promoverá y ofrecerá la prueba a mujeres de 25 a 64 años, sin embargo, la realizará a quien la solicite

independientemente de su edad, agregando que en las instituciones del Sector Público la citología deberá otorgarse sin ningún costo y sin excluir a ninguna solicitante por cuestiones económicas o de edad (SS, 2007).

No obstante, lo anterior no se cumple en todos los centros de salud. A pesar de que todos se rigen por la Norma Oficial Mexicana y por la Jurisdicción Sanitaria, tienen distintas manera de actuar con respecto a la toma de la citología cervical. Por ejemplo, en algunas clínicas sí toman la muestra a mujeres menores de 25 años, siempre y cuando tengan factores de riesgo, en otras lo hacen sólo por indicación médica, en algunas les piden el material a las mujeres y los envían a centros privados para que las interpreten.

Otra diferencia entre los centros es la toma a mujeres de 35 a 64 años de edad, en este rango de edad está indicada la captura de híbridos, sin embargo fue claro el desconocimiento del personal de salud en el proceso administrativo de esta prueba (lo que se describe más adelante de manera más detallada), en algunas clínicas estas mujeres no están cubiertas puesto que no les toman ni la captura ni el Pap.

Una vez que se tiene la muestra, la envían a la ciudad de Oaxaca a donde se mandan las muestras de todo el estado, el resultado llega de dos a tres meses después de la toma y cuando ésta llega a la clínica se envía a una persona del centro de salud a buscar a la mujer para entregarle el resultado, corriendo el riesgo de que no la encuentren por actividades cotidianas o por cuestiones migratorias. En caso de que encuentren a la mujer, le dan el resultado y si éste salió “anormal” la envían a la clínica de displasias para un estudio de colposcopia, en donde sólo la reciben con los resultados y la referencia. Si la mujer es diagnosticada con cáncer la refieren a la ciudad de Oaxaca para tratamiento.

Sistema de salud privado. En el sector privado se tuvo acceso a ONG's las cuales dentro de sus funciones y programas tienen uno dedicado a la detección oportuna del CaCu. Estos a diferencia del sector público hacen uso primordialmente de la colposcopia en lugar de la citología cervical, argumentando que dicho método permite visualizar la presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino, además de que los resultados son inmediatos, sin necesitar tomar la citología cervical previamente. En caso de que haya alguna lesión se planea el tratamiento y si se detecta cáncer, generalmente se refiere a la ciudad de Oaxaca. La citología cervical la toman sólo a petición de la mujer.

En estos centros, la citología cervical o colposcopía, se toma a todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual independientemente de la edad. En uno de estos centros realizan campañas de difusión en distintas comunidades, haciendo uso de traductores. En uno de los centros, los costos son menores que en otros lugares privados y en el otro centro el servicio es gratuito.

Barreras estructurales reportadas por el personal de salud. Después de indagar acerca de las barreras estructurales desde la visión del personal de salud que trabaja en la toma de la citología cervical, se ubicó que la tardanza en la entrega de resultados, la falta de material y recursos para realizar la prueba, la clara desinformación que tiene el personal sobre el programa de captura de híbridos (en donde las mujeres de 35 a 65 años están descubiertas), el negar la toma de las prueba a las mujeres cuando llegan al servicio fueron y el maltrato por parte del personal a las usuarias fueron las barreras más mencionadas por los participantes en esta fase (ver tabla 13).

Tabla 13

Barreras estructurales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción del personal de salud

Categorías	Subcategorías	Códigos
	Fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados	Tardanza en entrega de resultados Nunca llegan los resultados de las muestras, pérdida de las muestras Traspapeleo de las muestras Pérdida de seguimiento por la tardanza en la entrega de resultados
	Largos tiempos de espera	Largos tiempos de espera
Organización	No tomar la muestra a mujeres cuando llega al servicio	No tomar la prueba a mujeres mayores de 34 años de edad No tomar la prueba a mujeres menores de 25 años de edad No pasar a la paciente el día que llega y re agendarla (ya no llegan) No reciben a la usuaria para seguimiento sin resultados aunque tenga una anomalía visible

		No tomar la prueba a las mujeres por ser de otros centros de salud
		No tomar la prueba a las mujeres por el horario
	Procedimientos poco funcionales	Procedimiento administrativo poco funcional de la captura de híbridos
		Saturación de trabajo
		Procedimiento administrativo poco funcional para requisición de material
		Paro del programa de Captura de Híbridos por fechas de fin de año
		Falta de espacios para la toma de las muestras
		Falta de espacios para dar pláticas informativas
		Abandono de la Construcción del espacio para las muestras
	Falta de infraestructura, personal especializado y tratamientos para el CaCu en la comunidad	Falta de equipo
		Ausencia de cito-tecnólogos en la región del Istmo
		Pocos cito-tecnólogos en el Estado
Presupuesto		Pocos recursos humanos
		Falta de material para citología cervical
	Falta de material	Falta de material para captura de híbridos
		Material de baja calidad
		Desinformación de las enfermeras del programa de Captura de Híbridos
Información y campañas por parte de las instituciones	Desinformación del personal de procesos administrativos y hacia la población	Desinformación de pasantes del programa de tamizaje
		No llega información en zonas marginadas
Conductas del	Maltrato o falta de	Falta de comunicación y enseñanza por parte del personal

Personal de Salud	atención a las mujeres	médico a las usuarias, no informar los requisitos
		Maltrato del personal
		Rompen las láminas de las muestras

Como puede observarse en la tabla anterior, se encontraron diversas barreras estructurales reportadas por el personal de salud, dentro de las más mencionadas se encuentran las que tienen que ver con la organización, como las fallas en los procesos de envío de las muestras y obtención de resultados. Por ejemplo, el tiempo para la entrega de resultados es largo, en ocasiones tardan hasta tres meses después de la prueba “[...].... A veces las usuarias dicen “es que siento que tengo un problema, siento esto, siento otro, por favor si me lo puedes mandar urgente” sí, nosotros lo checamos que tiene alguna alteración, nosotros ponemos “revisado por patólogo y de manera urgente” Así lo ponemos ahí. Entonces a veces ya llega antes de los dos meses porque por lo regular cada dos meses ¿verdad? Cada dos. Tarda bastante. ¡A veces tres meses!” (Enfermeras Centro de Salud)

La mujer acude continuamente al centro de salud por sus resultados, y no tiene respuesta. Cuando el resultado llega al centro de salud, un encargado del centro va a buscarla, corriendo el riesgo de no encontrarla y de perder el seguimiento, situación grave, sobre todo cuando sale alguna anomalía “[...]... Entonces, a veces sale la señora con algún padecimiento de urgencia, calidad de urgente, en lo que la encuentras, porque llega dos, tres veces, dice “ah, luego no llega, o no ha llegado” cuando llega hay que ir a buscarla a su casa. ¿Y si, no la encuentras? ¿Y si la señora emigró? Entonces, de cierta manera también pues se pierde el seguimiento” (Enfermera Centro de Salud). En otros casos se reportó que las muestras nunca llegan y que en ocasiones se traspapelan.

Otro de los obstáculos más frecuentes referentes a la organización tiene que ver cuando no se toma la muestra a las mujeres que llegan a la clínica solicitándolo, esto se da por diversas razones, una de las más comunes es por la edad, mujeres menores de 25 años y mayores de 65 años “[...]...Pero pues así papanicolaus pues llegan, pero como les digo, son menores de edad, luego la jurisdicción nos dice, “es que tienen que tener 25 años en adelante, para que se les pueda recibir la prueba” (Enfermera de Centro de Salud). En algunos casos, cuando la mujer tiene menos de 25 años, pero presenta algún tipo de anomalía, o está expuesta a factores de riesgo, las enfermeras las envían a servicios particulares, sin embargo, no siempre las mujeres

tienen la posibilidad de pagarlo. [...]...Sí, de hecho hay un letrero de, de 25, de 25 a 34 años. Esa es nuestra peor barrera, porque ¿Y las demás mujeres? ¿Dónde quedan? Porque hay mujeres que están saliendo con Nic con Nic 1 con Nic 2 de 20 años. Y es entonces, de hecho se les toma la muestra pero de forma particular y pues estamos hablando de Juchitán, la mayoría pues no tiene la posibilidad de pagar una citología de forma particular, esas personas, a veces se quedan al aire no se les puede tomar la citología. Entonces, este por eso nosotros les decimos: “si es por indicación médica debe traer un escrito”. Pero pues sí, no regresan” (Enfermeras de Centro de Salud).

En algunos centros, a las mujeres mayores de 34 años no se les practica el Papanicolaou, ya que a esta edad les corresponde la prueba de Captura de Híbridos y los trámites administrativos para adquirir el material son complicados y tardados y no en todas las clínicas realizan dicha prueba

[...]... Y ese es el problema, no hay material aquí y permiso para hacerlo, si tenemos 5 personas para, para la toma de híbridos, no nos van a dar ese material hasta completar las, no sé si 20 ó ¡30!, ¡30!, ¡30!..... Entonces no, esa es nuestra gran barrera para las personas de 35 en adelante, porque pues igual, no nos dan el material. Tenemos que juntar tantas personas para darnos el material y se tienen que tomar el mismo día todos, entonces...así llevamos ya casi seis meses, sin, sin esa toma para las mujeres..... Yo le digo a la gente, “mira ¿sabes qué? no tengo material o si puedes pasar este, voy a checar” a veces, necesito checar, si se valida entra, si no, no entra....” (Enfermera de Centro de Salud).

Otra de las barreras más comentadas por el personal de salud, corresponde al presupuesto de lo que se deriva la falta de material, lo que fue reportado como uno de los principales obstáculos para realizar su trabajo [...]...Pues damos el servicio a la gente, con lo que nosotros tengamos. Y algunas veces, no tenemos material, porque no hay... nosotros pedimos, hacemos requisiciones, y lo que hay en almacén es lo que nos dan, pero pues desgraciadamente, aún no hay todo.... lo que más carecemos aquí son de guantes, guantes y pues tengo ahora sí que ver pues de que ya juntando ahí unos pesos pues se compra una caja y ya tenemos, con nuestros ingresos para poder comprarlo ¿no? Y pues también para que nosotras no nos contaminemos ¿no?...” (Enfermera de Centro de Salud).

La falta de espacios específicos y designados para la toma de la citología fue una barrera reportada como importante, ya que les dificulta poder ejecutar sus funciones [...]...Para empezar

no tenemos un área específica donde tomarlo, el centro de salud es pequeño y el área donde estaba blindada para toma de citologías, eh, está abandonada porque llegaron a reconstruir y lo abandonaron, o sea abandonaron la obra. Tuvimos, tenemos que adaptar un espacio para una muestra de citología, de cierta manera eso complica un poco las cosas... uno como, como personal de enfermería, por lo menos a mí, eh, me gusta hacer un trabajo con calidad, es un área que implica calidad, un área adecuada, limpia, espaciosa. Y aquí, no la tenemos, entonces desde el momento que tú cierras la puerta con el usuario ya, ya estás dando una atención, y eso de que te toquen para “pásame el abate-lenguas” “¿está la toalla ahí?” Entonces, como vas a hacerle bien la entrevista al usuario si están tocando ¿no? Entonces, no es tan agradable trabajar así...” (Enfermera de Centro de Salud).

Por otro lado, las entrevistas arrojaron que otra de las barreras es la falta de información del personal de salud, principalmente acerca del proceso administrativo de la Captura de Híbridos, en algunos centros no sabían desde cuándo estaba el programa; en otros, ignoraban si seguía funcionando o sí se iba a retomar [...]...*El Papanicolaou se toma hasta los 35, después le tomamos muestra de híbridos, pero, ahorita creo que ya no se está manejando híbridos, entonces estamos tomando Papanicolaou.... la captura de híbridos se manejó por un tiempo... ahorita no sé si van a actualizar el programa, no lo sé, pero ya no están tomando híbridos, hasta octubre creo se tomó, entonces nada más estamos manejando citología, Papanicolaou pues...”* (Pasante de Centro de Salud).

Barreras psicosociales reportadas por el personal de salud. En las barreras psicosociales percibidas por el personal de salud entrevistado, están la desinformación que tienen las mujeres acerca de la prueba, el CaCu y el VPH, la edad joven, ya que reportaron que las mujeres menores de 25 años tienen mayor resistencia a la prueba, la cuestión económica, ya que las mujeres no pueden pagar los costos de la prueba cuando las envían a un centro particular o a comprar el material, y el miedo a que salga algo malo en la prueba (ver tabla 14).

Tabla 14

Barreras psicosociales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción del personal de salud

Categorías	Subcategorías	Códigos
Características Socio-demográficas	Edad	Mujeres menores de 25 años con mayor pena a la prueba, acuden con menor frecuencia
		Mujeres mayores de 50 años con mayor resistencia a la prueba
		Mujeres menores de 35 años con menos miedo a la prueba
		Mujeres de 30 a 40 años con total desconocimiento de la prueba y se lo realizan por 1era. Vez
	Mujeres mayores de 70 años sí acuden	
	Nivel Educativo	Mujeres mayores de 30 años con mayor pena a la prueba
		Mujeres de 30 a 50 años asisten con mayor frecuencia a la prueba
		No diferencias en la edad
		Bajo nivel educativo
		Cuestiones Económicas
No poder pagar los costos de la prueba		
No poder pagar los costos del tratamiento de lesiones		
Información	Desinformación por parte de la mujer	No regresan por cuestiones económicas
		Desinformación del procedimiento de la prueba
		Desinformación del proceso de la enfermedad
		Desinformación de los requisitos de la prueba
	Miedo	Acuden cuando presentan síntomas/Ausencia de síntomas
		Desinformación de la transmisión del VPH
		Desinformación de los beneficios de la prueba
		Miedo a que salga algo malo en la prueba
Actitudes/Emociones de la	Falta de preocupación e	Miedo al dolor
		Desidia por parte de las mujeres, lo van posponiendo

El personal de salud coincidió en que las mujeres deben hacerse la citología cervical y que actualmente esta práctica tienen muchas barreras en Juchitán, con relación a las barreras psicosociales, lo más reportado fue la desinformación de las mujeres con respecto a la prueba, el VPH y los procesos de enfermedad. La desinformación relacionada a la prueba tiene que ver con el desconocimiento del procedimiento de la muestra, los beneficios y los requisitos que se necesitan para tomarla “[...]...No tienen información de la muestra. En, en una ocasión tuve una paciente que dijo, “también mi esposo viene a toma de Papanicolaou” y yo dije “¿cómo?” “Sí, que pase mi esposo” y yo así “no no, no, no, no, no doña, nada más es para las mujeres, porque es para detectar cáncer cervicouterino y no lo tienen, no tienen útero pues, no tienen matriz” “Ahh, es que, nos mandaron de oportunidades para toda la familia” Y ahí venía el pobre a hacerse su Papanicolaou también.....A veces son señoras de 30 – 40 años y es la primera vez que se lo van a hacer, entonces desconocen totalmente que se les va hacer.....(Enfermera de Centro de Salud).

La desinformación también está relacionada con los requisitos de la prueba, lo que atrasa la toma, ya que llegan al centro de salud y no cumplen dichos requisitos, por lo que las enfermeras las envían a casa y en ocasiones las mujeres ya no regresan, además de que el personal de salud, considera tiempos perdidos, puesto que la paciente es subida a la mesa de exploración y ésta no cumple con los requisitos necesarios para la toma. El personal de salud reportó que en ocasiones se les olvida informar a las mujeres acerca de los requisitos. También no podemos dejar de ver el momento “incómodo” en que la paciente se desviste para la prueba y se dan cuenta que no se puede realizar la toma de la muestra. “[...]... a veces llegan, por ejemplo ahorita, ahorita sí tenemos gente, por ejemplo hoy recibimos como 10, pero, por ejemplo en esas 10, hay gente que no viene, no viene, disponible podría decirse ¿no?, hay que, y necesitamos enseñar, educar a la gente, en qué momento se puede tomar una muestra, ¿no? Por ejemplo, no venir reglando, eh, no tener, este medicamentos en la vagina, no haber tenido relaciones sexuales para tomar una muestra adecuada.... Y muchas mujeres no lo saben, incluso a nosotros como personal médico o personal de enfermería se nos olvida, se nos olvida decir a la gente, educar a la gente, entonces ya cuando les estamos tomando, o les vamos a tomar la muestra, nos damos cuenta que la paciente tiene medicación, entonces, pues no es una muestra viable... pero mientras, ya, ya, mm

como te diré, mm, ya perdiste tiempo ahí, hiciste perder el tiempo a la usuaria...” (Enfermera de Centro de Salud).

De acuerdo con la información analizada, también se encontró que el personal de salud considera que las mujeres tienen desinformación respecto al proceso de enfermedad, ya que no tienen claro la evolución de la enfermedad ni el papel que juega el VPH “[...]... *les falta información porque eh, hemos visto casos de mujeres que, que llegan este eh, muy estresadas porque tienen el virus del papiloma y se van a morir* - “*Es que tengo el virus y me voy a morir*” - “*¿pero porque te vas a morir?*” - “*porque es el que ocasiona el cáncer*” - “*Sí, pero uno de ese virus ocasiona el cáncer...*” (Enfermera de Centro de Salud).

Por otro lado, también se mencionó la falta de información e importancia en las prácticas preventivas y de detección temprana, ya que las mujeres acuden al centro de salud hasta que presentan síntomas ginecológicos o cuando se sienten enfermas “[...]...*Yo, este encuentro a la señora que se niega rotundamente... ella dice “aunque me lo diga mil veces pero yo no voy a ir porque yo no siento nada, yo no tengo nada y yo no tengo porque ir a hacerme estudios....”*” (Encargado programa de Cáncer).

En cuanto a las características sociodemográficas, se obtuvieron diversas opiniones con respecto a la edad, desde los que reportaron que las mujeres más jóvenes tenían mayor resistencia y pena a la prueba, los que mencionaron que las de mayor edad eran las que presentaban mayor resistencia y miedo, hasta el que reportó que no encontraba diferencias en la edad. El bajo nivel educativo fue visto como un obstáculo, “[...]...*Esa es la típica señora que seguramente no sabe ni qué onda ¿no? No sabe ni leer, ni escribir.....e, puede ser la falta de sus conocimientos aunque no necesariamente, ósea el conocimiento de cultura general...*” (Encargado programa de Cáncer).

La cuestión económica también es vista como una barrera, sobre todo cuando necesitan agilizar la obtención de los resultados y las enfermeras envían a las mujeres a alguna clínica particular, ya que en el sector salud el tiempo de espera puede ser hasta de 3 meses, y muchas veces las mujeres no tienen los recursos para acudir a servicios privados “[...]...*Porque hay mujeres que están saliendo con este, con Nic con Nic 1, con nic 2 de 20 años...y es, entonces de hecho se les toma la muestra pero de forma particular y así pues estamos hablando de Juchitán, la mayoría pues no tiene la posibilidad de pagar una citología de forma particular...*” (Enfermeras de Centro de Salud).

En el sector privado también se ve un gran obstáculo la falta de recursos económicos para poder asistir a la toma de la citología cervical y para regresar “[...]... Bueno, siempre la dificultad que refieren es este, es el, los costos, los costos y sin embargo, este, los costos que se tienen son costos que consideramos este, que son accesibles en comparación con otros costos en otros lugares privados...” (Médico ONG).

Otro de los obstáculos que fue mencionado por el personal de salud, fue el miedo que experimentan las mujeres, tanto el miedo a que les digan que tienen algo “malo”, así como también el miedo al dolor que pueda producirles la prueba “[...]...Ajá y como que, sí, sí se quieren hacer la prueba, pero como que a la vez no ¿no? Y eso como que es, pues sí, es una barrera entre nosotras como personal de salud y con las mujeres que son las usuarias que son las que, digamos que son las que necesitan el servicio ¿no?... muchas dicen, “¿me va a doler?” dicen que les va a doler...” (Enfermera de Centro de Salud).

Otra de las cuestiones reportadas y percibidas por el personal de salud fue la falta de preocupación en las mujeres, en relación con aspectos asociados a la propia mujer, aspectos más individuales que hacen que ésta no se interese en acudir a realizarse el examen, la “Desidia o dejadez” término que usaron reiteradas veces, “[...]...yo lo veo por, por mm, la desidia de ellas, “Ay ya fui a hacerme mi Papanicolaou, ay ya, siempre no voy” ¿no? “Y, y, luego tardan, y “luego no están” y “luego” eh, ah! “está lejos” “ay luego voy y luego voy, los niños” luego entonces de cierta manera la gente también es muy desidiosa. A parte son los servicios del centro de salud, el tiempo de espera y otra también la desidia de nuestra gente...” (Enfermera de Centro de Salud).

Barreras culturales reportadas por el personal de salud. De acuerdo a las barreras culturales encontradas en esta fase de investigación, podemos percatarnos que la actitud de la pareja ante la prueba es una barrera bastante común en esta población, la prohibición de los hombres para que las mujeres se hagan la citología cervical impide que éstas acudan. Además la pena que sienten las mujeres ante la prueba dificulta de manera significativa su toma, en especial si es un hombre el encargado de realizarla. Las dificultades en la comunicación entre el personal médico y las mujeres son un claro obstáculo ya que no toda el personal habla zapoteco y no existen traductores en el sector salud.

Cabe mencionar que los entrevistados reportaron que a través del programa social de Prospera, las mujeres acuden regularmente a la toma de la citología cervical, sin embargo, algunas de ellas lo hacen obligadas por la ayuda que reciben, ya que si no asisten, no son candidatas a obtenerla. Esto puede ser considerado un facilitador, no obstante, es cuestionable la manera en que se ejerce cohesión. Por otro lado, las mujeres que no forman parte de éste programa, no asisten a la toma debido a que ellas no reciben ningún tipo de ayuda, lo que a su vez se convierte en una barrera. La siguiente tabla muestra los códigos referentes a las barreras culturales que fueron mencionadas (véase tabla 15).

Tabla 15

Barreras culturales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción del personal de salud

Categorías	Subcategorías	Códigos
Actitudes de la pareja hacia la prueba		Prohibición de la pareja a realizarse la prueba, no regresan por miedo
		Molestia de la pareja hacia la prueba
		Pareja pide entrar a la prueba
Tabú de la Sexualidad		Resistencia al análisis ginecológico por un médico/enfermero varón
		Resistencia de ir por pena, vergüenza o pudor
		Piden que la prueba se las realicen doctoras o enfermeras
		Enseñanza que nadie te puede tocar
		Dificultad de bajarse la ropa interior
Costumbres/	Uso de medicina tradicional	Acuden a parteras o curanderas

Cosmovisión		Disminución de asistencia por fiestas de la comunidad
	Mitos y creencias	Creencia de que el cáncer es una maldición
	Prejuicio/Estigma:	Que la gente las vea y piense o sepa que tiene varias parejas, que es soltera
		El VPH es sólo de sexoservidoras
Lengua	Dificultades en la comunicación	Personal no habla zapoteco
		Mujeres no hablan español

Dentro de este rubro, se encontraron diversas barreras y obstáculos percibidos por el personal de salud, uno de los más mencionados tiene que ver con las actitudes de la pareja hacia la prueba, en dónde se menciona que ésta no permite a la mujer realizársela y que la mujer difícilmente acude o regresa por el miedo de que su pareja se entere, “[...]... *Luego hígole, “cómo voy a decirle a mi esposo, si él no sabe que vine a tomarme, es más él no quería, es más él me lo prohibió... incluso hasta con los anticonceptivos, pues, vienen a escondidas. Pues sí, es una situación difícil, tienen dos trabajos, uno, eh, enfrentar ese problema que tienen ¿no? No es una enfermedad, ¡¡es un problema!! Este y otro pues platicar con su esposo...”* (Enfermera de Centro de Salud).

En algunos casos la pareja está molesta y pide entrar a la prueba con la mujer; el personal de salud pública reportó que no los dejan entrar, “[...]... *Pues hay maridos que sí, son un poco celosos, o hay mucho machismo ¿no? Se podría decir, mucho machismo porque, que no las vean, o sea que sea una enfermera menos un médico o menos un enfermero, que no sea hombre, ¡mejor dicho! ¿No? Que sea mujer, que no sea hombre el que se lo tome, pero ahí vienen detrás de ellas... “momento, viene a realizarse su estudio y tiene que pasar por si sola” -“y ¿no puedo pasar?” -“¡No! Usted allá fuera, espere, espérela ahí afuerita ¿no?”... Y pero sí hay hombres los que si quisieran entrar y ver casi casi que es lo que, que le vas a hacer a su esposa...”* (Enfermera de Centro de Salud).

El sector privado entrevistado también informó como una barrera la molestia y el enojo del esposo hacia la prueba, a diferencia del sector público, ellos reportan dejar entrar a la pareja en aras de que la mujer pueda realizarse el estudio, “[...]...*pues eh, lo que, eh a veces, este se presenta a veces las mujeres llegan acompañadas de su esposo de su pareja y piden este estar presentes en el estudio. Pero lo que hemos visto últimamente es que hay mujeres que le dicen a*

la pareja que se esperen en la sala. Y Sin embargo hemos tenido casos que las mujeres no tiene otro recurso que, que aceptar que el marido o la pareja entre durante el estudio. Y lo que hacemos a veces con, en aras de que la mujer tenga ese acceso al servicio de salud de la prevención del cáncer cervicouterino, aceptamos que la pareja esté en el consultorio durante al estudio...” (Médico de centro privado).

El tabú de la sexualidad también estuvo presente en el discurso del personal de salud, quienes lo distinguen como una barrera importante, ya que hay mucha resistencia al análisis ginecológico por sentimiento de pena, vergüenza o pudor. La censura y el control del cuerpo es una vivencia que se asocia a la dificultad para acudir a las pruebas de detección oportuna del CaCu.

“[...]... le digo que son, se ponen muy nerviosas. Hay mujeres que sí son subsecuentes y entonces pues ya es más tranquila, ya saben que tienen que venir preparadas, con su falda larga, amplia. No pero sí hay unas mujeres que son muy nerviosas y penosas ¿no?... Y todavía “ay me da pena” así exactamente con su pena (Enfermera de Centro de Salud).

“[...]...Pues, la verdad, ellas manifiestan que es incómodo porque les da pena, les digo “mire, a mí también me da pena, yo soy mujer, porque a lo mejor no voy a, no me lo voy a tomar acá, pero yo voy a ir con mi ginecólogo o con mi ginecóloga, aunque sea mujer pues si da pena porque no la conoces ¿no?”... (Enfermera de Centro de Salud).

“[...]...Sí arraigadas ¿no? Entonces sí he tenido casos en donde -“señora, usted no es de aquí, tiene que ir a su centro de salud” -“es que el de allá es un enfermero y es un Dr.” - “¿no hay quien se lo haga?” -“no, no hay quien. El enfermero, o el Dr.” -“pero señora su resultado” - “no, no importa, te dejo mi número de teléfono...” (Enfermera Centro de Salud).

La lengua es otro gran obstáculo, ya que si el personal no habla zapoteco y las mujeres no hablan español, los problemas de comunicación dificultan la atención, la confianza y la asistencia. En los centros de salud no existen traductores oficiales, en algunas clínicas, el personal es de la región y habla o entiende el zapoteco, sin embargo, no pasa en todas.

“[...]...Sí, decírmelo a mí que yo alguna vez me sentía este, me sentí muy mal cuando terminé de platicar a la señora y porque si me movía la cabeza, me movía la cabeza, este -“me podría comentar lo que ya le platicué?” y yo ya había platicado que me diga más o menos que entendía de lo que yo le decía, no pues no hablaba mi idioma, namás me decía sí con la cabeza, es como sí, si fuera un mudo pues. Y, y te ve y te dice que sí y a la hora que, no sabe expresar lo que tú hablas y sí me sentí bien mal y desde ese tiempo ya veo a una persona y digo -“¿habla

español?...”rimero tengo que ver. Y entonces sino hablan, entonces tengo que buscar a alguien que hable la lengua, para que yo pueda decirle lo que yo quiera, pero mientras si se siente uno como, es una, una barrera inquebrantable, si no sabe uno hablar eso...” (Encargado de jurisdicción sanitaria).

Es curioso como en algunos casos el profesional de la salud no es congruente en su discurso, mencionando que sí es una barrera importante y después minimizándola. “[...]... en cuanto les abres la puerta, lo primero que hacen es hablar zapoteco. Entonces por lo menos a mí, yo que no hablo zapoteco le digo -“híjole Doña, no hablo zapoteco” -“¿No?” -“No, no hablo zapoteco, vamos a hablar en español” A veces sí, híjole a duras penas y te dicen que no pueden hablar español, porque tienes que buscar las palabras más cortas, no apropiadas, cortas para que te entiendan. O a veces llamo a una de mi compañeras, en mi caso pues ¿no?... no es una barrera muy grande ¿eh? no muy grande porque, porque si fuera tal vez un interrogatorio mayor, pues sí ¿no?, pero son preguntas que con pocas palabras lo captan ¿no? ...” (Enfermera de Centro de Salud).

Fueron notorios además, los prejuicios y mitos que imperan en relación a la enfermedad y el VPH, lo que dificulta la asistencia y el seguimiento, por ejemplo, el estigma que viven las mujeres solteras, las mujeres que tienen historia de varias parejas sexuales y las mujeres que tienen el VPH son consideradas como mujeres “sexoservidoras”. “[...]...por ejemplo en mis pláticas que he dado a muchas pacientes dicen que pensaban que ese virus no más lo tenían las señoras que se dedicaban a, a la prostitución, ¿cómo es que se llama ahora? Este, este ¿servicios? servicios, no sé, tiene otro nombre así como, para que no te lastime tanto....entonces muchas expresan, personas decían que namás eran de ellas y cuando se les informa, bueno ya empiezan a entender. En la plática también sacaban mucho las señoras “no, si sabemos que tenemos relaciones sexuales, podemos llegar a tenerlo” Y, muchas personas, lo que he visto, es que no quieren que se entere otra persona que tiene el virus del papiloma les da pena ¿no?...” (Médico centro privado).

Una vez identificadas las barreras percibidas por los trabajadores de salud es pertinente preguntarnos ¿cuáles fueron las barreras identificadas por las mujeres juchitecas que han asistido a la toma de la citología cervical?

Resultados fase 2. Mujeres juchitecas con antecedentes de toma de citología cervical. En esta fase de los resultados se intenta dar voz a las mujeres en relación con su experiencia y vivencias narradas sobre los programas de detección oportuna, el conocimiento sobre el CaCu y la citología cervical; además de las barreras que estuvieron presentes para la toma de la prueba y para el seguimiento en dichos programas.

Barreras estructurales reportadas por mujeres con antecedentes de citología cervical. Las barreras estructurales percibidas por las mujeres que se han realizado la toma de la citología cervical son similares a las del personal de salud, sin embargo, las participantes reportaron desconfianza hacia los centros de salud públicos y hacia el personal por experiencias ya sean propias o de gente que les ha contado acerca del trato del personal y la falta de material, por lo que reportaron mayor confianza en centros y con médicos privados, aunque no todas pueden pagar servicios particulares. Además, el papel que tiene la iglesia evangélica en la información puede ser una barrera, ya que ésta es errónea en cuanto a la transmisión del VPH, puesto que si bien el virus es de trasmisión sexual, la iglesia afirma que es por tener “muchas” relaciones con el marido, por lo que si las mujeres no las tienen pueden pensar que están libres de tener el virus y no acudir a los programas. La siguiente tabla muestra de manera más descriptiva las barreras estructurales encontradas en esta fase (véase tabla 16).

Tabla 16

Barreras estructurales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción de las mujeres con antecedentes de toma de citología cervical

Categorías	Subcategorías	Códigos
	Fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados	Tardanza en entrega de resultados Pérdida de las muestras y tienen que volver a hacerlo (2)
Organización	Largos tiempos de espera	Largos tiempos de espera
	Horarios en centros de salud	Pocas horas de trabajo en centros de salud públicos (8-15hrs).

		Las envían a Oaxaca para estudios y tratamientos
Presupuesto	Falta de infraestructura, personal especializado y tratamientos para el CaCu en la comunidad	Se atienden en la ciudad de México No hay personal estudiado ni preparado Falta de especialistas Poco personal
	Falta de material	Falta de material y medicinas (tienen que comprarlo ellas 1)
	Conductas de corrupción	Desvío de Recursos Negar la atención
	Maltrato o falta de atención a las mujeres	Maltrato a mala atención del personal en centros de salud Mujeres mueren por falta de atención en hospitales
Conductas del Personal de Salud		Desconfianza en centros de salud públicos Dan preferencia a gente conocida o bien vestida Molestia hacia los servicios de salud
	Desconfianza y descontento hacia el personal de salud y centros de salud públicos	Desconfianza por ser atendidos por personal pasante Desconfianza por conocer mujeres que no les detectaron a tiempo el CaCu Percepción de que al personal no le gusta su trabajo Más confianza y preferencia por médicos privados
	Más confianza con médicos particulares	Libertad de cambiarse con otro médico particular sino les gusta Sintió buen trato con médico particular
Desinformación y campañas por parte de las instituciones	Desinformación por parte de la iglesia evangélica	Desinformación acerca de la infección del VPH (Es por tener “muchas” relaciones sexuales con el marido)

Al igual que con el personal de salud, las mujeres en esta fase reportaron diversas barreras de tipo estructural, entre las más comunes se encuentran las que tienen que ver con las fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados lo que afecta en la tardanza en la entrega de los resultados, las mujeres se quejaron de que en el servicio de salud público se tardan a veces hasta seis meses en entregárselos y en ocasiones ni siquiera se los entregan. Las mujeres acuden varias veces al centro de salud por sus resultados, los cuales son negados constantemente. Las mujeres reportaron que cuando tienen dinero y pueden hacer el esfuerzo, prefieren ir con un particular, ya que ahí les entregan rápido los resultados “[...]... y a veces iba yo a particular con un Dr. porque ahí en el centro de salud como que tarda más, “hujule” como unos 6 meses porque te sacaban la prueba y la tenían que mandar a Oaxaca y de Oaxaca tardan, no es como que fueras, haces un sacrificio por ir particular para que fuera más rápido...” (Verónica, 53 años).

Otro de los obstáculos más nombrados fueron los largos tiempos de espera en los centros de salud, lo que impide que las mujeres regresen a la toma de la citología cervical “[...]... ya no regresé por el tiempo como le digo, es que en el centro de salud tiene uno que sacar ficha y esperar tu turno y es mucho tiempo, por eso es que ya no he ido pues...” (Lucrecia, 31 años).

La pérdida de los resultados de la prueba y el tener que volver a realizarlo con todo lo que eso implica: tiempo, incomodidad, dinero, fue otra de las barreras que reportaron las mujeres entrevistadas, en el mejor de los casos las mujeres se la vuelven a realizar, pero hay mujeres que ya no regresan “[...]...hay mujeres pues que no pueden pagar un particular y ya se van al centro de salud, pero pues tarda mucho y a veces no llega el resultado, te dicen “te vamos a volver a hacer” Me han contado, como yo vivo cerquita del centro de salud, donde está la clínica ahí, se lo tienen que volver a hacer...” (Juana, 29 años).

Una de las categorías emergentes, que no entran dentro de las barreras para la toma de la citología cervical, pero sí para un tratamiento tardío, tiene que ver con la falta de infraestructura, personal especializado y tratamientos para el CaCu en la comunidad, ya que a las mujeres que son diagnosticadas de esta enfermedad las envían a la ciudad de Oaxaca a recibir tratamiento, lo que implica tiempo, dinero y en algunas ocasiones a la mujer le es imposible trasladarse a la ciudad por diversas razones, entre las principales la económica “[...]...Mm, mi mamá tuvo cáncer, tuvo cáncer de la matriz, mi mamá se trató pero ya estaba muy avanzado, ya estaba muy avanzado el cáncer y pues ya, ya no se pudo hacer nada, se fue a Oaxaca a que la trataran, de

hecho le hicieron quimio, radio y todo, pero, pero ya no aguantó pues, ya ves que las quimios también son muy pesadas, muy fuertes para ellas...” (Lucrecia, 31 años).

Una de las quejas que expresaron las participantes fue la falta de material cuando acuden a la toma de la citología cervical, en algunas ocasiones las envían a comprar el material que hace falta, en el mejor de los casos las mujeres pueden pagar el material y regresan, pero también están las que no tienen los recursos y no regresan a la toma de la prueba “[...]... *Se lo tienen que volver a hacer y ahí tienes que comprar un, un este como tipo cristal para que tú lo lleves, si la clínica no lo tiene, tú lo tienes que comprar...”* (Juana, 29 años).

En cuanto a la atención brindada por el personal de salud, se reportó maltrato por parte de éste y negar la atención a las usuarias, lo que es una importante barrera para que las mujeres acudan o regresen a los servicios de salud “[...]... *Porque ya no tengo el seguro popular, se venció y ya no lo quise ir a tramitar otra vez, la verdad ya no me gustó porque el trato ahí es muy alargante diría yo, el tiempo, a veces ni te tratan bien, y luego no te atienden bien, mi marido se enfermó, tuvo hernia y fui y casi como 8 meses estuve en el hospital, que me pasaban de aquí para allá pues casi no me gustó pues. De ahí mejor ya, dejé mi tarjeta, se canceló y ya no regresé, mejor, ¿para qué? Si ni atienden bien...”* (Lucrecia, 31 años).

Se reportó descontento y falta de confianza hacia los centros de salud y hacia el personal médico, como consecuencia del maltrato, de la falta de atención, de saber que a algunas mujeres no les detectaron a tiempo el CaCu, de ser atendidas por pasantes “[...]... *hay doctores que no atienden o hay la mayoría de todos los centros de salud hasta el hospital que es el hospital general no hay medicina, no hay atención, por eso muchas mujeres mueren ahí. ¡Mujeres embarazadas que van ahí a aliviarse se mueren! No, la verdad sí, ese seguro casi no me gusta...”* (Juana, 29 años).

Es importante mencionar que el papel de la iglesia evangélica tiene un papel importante en la desinformación relacionada a la prueba, al CaCu y a la infección del VPH y que es de suma importancia mencionarlo ya que Juchitán es una comunidad en donde este tipo de iglesia ha tomado cada vez más espacios y conseguido el seguimiento de la gente, y aunque no hay cifra oficial, fue algo que se pudo observar en las visitas a la comunidad, con las mujeres que se habló sobre el tema, reportaron que les dicen que tienen más riesgo de contagiarse de VPH si tienen relaciones sexuales seguidas con su marido “[...]...*ese dicen que, ese es mucho contagio con el marido. Dicen, yo aquí, lo escuchamos, que muchos platican, pero lo que he escuchado y dicen*

que es por tanto con el marido, tener relaciones con el marido, qué también por eso puede dar cáncer. Me dicen pues personas así, cuando vamos a una reunión, vamos a plática en la iglesia. Yo lo escuché en la iglesia, en la Iglesia lo escuché nos vino, nos dio enseñanza, dice que eso es de tanto relación con el hombre...” (María, 65 años).

Barreras psicosociales reportadas por mujeres con antecedentes de toma de citología cervical. En relación con las barreras de tipo psicosocial desde el punto de vista de las mujeres juchitecas que participaron en esta fase de investigación, la desinformación que impera en esta población respecto a la enfermedad, la prueba y el VPH fue clara. Para fines del análisis se colocó dentro de las barreras psicosociales, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, este tipo de categoría entra también dentro de las barreras estructurales, ya que si bien es cierto que la desinformación la poseen las mujeres, es evidente que dentro de la estructura algo está fallando. De la misma manera actúa la experiencia de la prueba que han tenido las mujeres, ya que es algo que experimentaron de manera individual, sin embargo el dolor que experimentaron nos alerta acerca del cuidado que debe tener el personal médico. A continuación se presenta la tabla de las barreras psicosociales (ver tabla 17)

Tabla 17

Barreras psicosociales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción de las mujeres con antecedentes de toma de citología cervical

Categorías	Subcategorías	Códigos
Características	Edad	Generaciones más grandes con mayor resistencia
		Generaciones más jóvenes con menor resistencia
		Mujeres más jóvenes no le dan tanta importancia
		Mujeres más jóvenes no hablan de la citología cervical
		Parejas de generaciones más grandes más reacios
	Baja Escolaridad	Baja escolaridad se asocia a que no asistan
		No poder pagar los costos del tratamiento (dejan el tratamiento 4)

Socio-demográficas	Cuestiones Económicas	Falta de solvencia para pagar servicios particulares, no tienen otra opción más que los servicios públicos
		No poder pagar los costos de la prueba o materiales
Desinformación	Desinformación por parte de la mujer (Enfermedad y proceso, pruebas de detección, VPH, derechos en salud)	Acuden cuando presentan síntomas/Ausencia de síntomas (ya no regresó por ausencia de síntomas 2)
		Desconocimiento sangrado síntoma de la enfermedad
		Desconocimiento sobre el CaCu
		Desconocimiento de la prueba
		Duda sobre los beneficios y funciones entre la citología cervical y la colposcopia
		Desinformación del procedimiento de la prueba
		Desinformación periodicidad de la prueba
		Desinformación sobre los beneficios de la prueba
		Desinformación de la transmisión del VPH
		Desinformación consecuencias del VPH
Actitudes/Emociones de la Mujer	Miedo	Mujeres desconocen que la salud es un derecho que poseen
		Miedo a que salga algo malo en la prueba o les digan que tienen cáncer
		Miedo al dolor
	Falta de preocupación e interés	Las mujeres por miedo a enfrentar la enfermedad se dejan morir
		Miedo a que el marido les haya transmitido algo
		Desidia por parte de las mujeres, lo van posponiendo
Baja Autoestima	Falta de interés en el cuidado de su salud y de saber del tema	
	Baja Autoestima	
Experiencia de la prueba	Malas Experiencias de la prueba (ya no regresan)	Experiencia dolorosa
		Experiencia de pena
		Experiencia de miedo
		Incapacidad de contar su experiencia

En relación a las características sociodemográficas las más mencionadas fueron la cuestión económica, en dónde reportan que las mujeres no tienen los recursos para poder pagar la prueba “[...]...en lo económico. Y peor en este caso que seamos proveedoras, en caso de que no seamos proveedoras, peor todavía ¿no? A ver si me va dar el hombre dinero, o a ver si no me da esta quincena, o, o, en caso de las mujeres que viven violencia económica, en ese sentido ¿no? “¿en qué te lo gastaste o qué? si eso no es prioritario” en ese tipo de cosas, que es eso, creo que también lo que complica, la cuestión económica...” (Teresa, 30 años).

Otra categoría emergente que fue común en este estudio, tiene que ver con el aspecto económico por no poder pagar los tratamientos una vez diagnosticadas de lesiones pre-malignas y cáncer y terminar abandonándolos, así como no poder pagar tratamientos para mejorar su calidad de vida “[...].... No podía hacer del baño, ella era costurera y mucho se sentaba y después se bañaba y ahí vino y ya no pudo hacer del baño, de ahí ya se llenó, fuimos a verla, se llenó, se llenó, se llenó su estómago se hizo ya por la boca, hacía y de ahí le dijeron que se operara. Se operó, pero le taparon lo de atrás, se lo dejaron al lado, ahí hacía del popó, ahí hacía de todo. Según ahí el médico dice que no lo iba a curar, se lo iban a hacer por 30 mil pesos en Oaxaca, pero como no tenía, tuvo que estar toda su vida así, con eso ahí y ahí hacía del popó, ahí hacía de todo...” (María, 65 años).

Una de las barreras que se presentaron con más frecuencia fue la desinformación de la enfermedad, la prueba y el VPH (categoría emergente) la más común fue el bajo conocimiento que tienen sobre los síntomas de la enfermedad, ya que no saben que una vez que se presentan síntomas significa que la enfermedad ya está avanzada, y es hasta entonces cuando acuden al médico a revisión, lo que retrasa de manera significativa el diagnóstico oportuno “[...]....Conocía a una señora que le dio cáncer de la matriz, pues dice ella que nunca sintió nada mal, el dolor cuando vino, de un solo y se fue a operar pero ya no pudo, ya no pudo, por eso dicen que uno debe de ocurrir al médico si siente alguna cosa o ve alguna cosa pues, pero la señora murió, ella no sentía nada, no sentía...” (María, 65 años).

El desconocimiento de la prueba también fue común, desconocer los beneficios de la prueba y el procedimiento de ésta, en ocasiones llegan sin saber qué es exactamente lo que les van a hacer, lo que aumenta los sentimientos de ansiedad e incertidumbre “[...]... Ósea, yo no sabía todo eso de que, que vas, que tienes que ir al ginecólogo porque para saber de esa enfermedad. ¡¡No!!... Se siente miedo y a la vez de que cosa te van a hacer ¿no? Porque pues la primera ¿qué cosa es

lo que te van a hacer? No sabía yo como era la prueba, híjole ya cuando me dijeron quítese la ropa y luego cuando era un Dr. el que me iba a checar sentí pena...” (Juana, 29 años).

La desinformación referente al origen del CaCu y la transmisión del VPH fue una de las barreras más frecuentes dentro de este rubro, aunque la mayoría supo que el VPH es transmitido por contacto sexual, existe desinformación en cuanto a que sólo el hombre lo puede contagiar, y que éste es precursor del CaCu “[...]...*La verdad si no sé porque se enferman las mujeres de cáncer, porque a algunas les da y a otras no, no sé ni porque le da, la verdad no, no sé, no me imagino pues nada...*” (Lucrecia, 31 años).

“[...]...No hago relaciones, pues, dicen que los que hacen relaciones mucho con el marido dicen. Si, nos dijo el médico así, que hace, ya tiene un año que llegó, dice que porque uno hace mucho con el marido dice, nos podemos enfermar...” (María, 65 años)

“[...].... No, eso sí no sé, porque una mujer se enferma de CaCu, no he escuchado, no, no...” (Verónica, 53 años).

Una barrera muy reportada por este grupo de mujeres fue el miedo, lo que impide que las mujeres acudan o regresen a los programas de detección, sobre todo el miedo a que les digan que tienen algo malo o cáncer, también reportaron miedo al dolor que les pueda generar la prueba “[...]...*Hay mujeres que no van a hacérselo porque tal vez, le da miedo, le da miedo para, ósea, para saber qué es lo que tiene, le da miedo...*” (Margarita, 71 años).

“[...]... Eso más que eso, teme uno pues, teme, teme que vayas con el médico y te diga, porque, que te diga tienes tal enfermedad o tal cosa tienes, te vamos a hacer un estudio y tu pues vas, que piensas estás sana, me dijera mire: “veo esto”...” (María, 65 años).

Otra de las barreras mencionadas por las participantes, fue la falta de preocupación por sus salud, a lo que ellas llaman “desidia” que es posponer ir a la prueba, por hacer otras cosas y olvidar que es importante acudir para su salud y bienestar, en otras palabras no darle la importancia necesaria “[...]...*Porque por desconocimiento en mi caso, no puede ser, por, por, no es que yo presuma de dinero, pero por falta de dinero pues tampoco puede ser, ¿no? Es porque yo lo he desatendido totalmente, no ha sido una de mis prioridades pues, la desidia...*” (Teresa, 30 años).

Las participantes también mencionaron que el hecho de que no acudan a los programas de detección oportuna y no cuiden su salud tiene que ver con una cuestión de baja autoestima y de no quererse lo suficiente como para cuidarse “[...]... *Sí, la desidia, también el autoestima,*

también mi autoestima, o sea, todo eso que comento también, es porque, de mí ¿no? Que, realmente es la primera vez que estoy haciendo conciencia de eso...” (Teresa, 30 años).

Una categoría emergente fue la experiencia de la prueba, algunas mujeres la vivieron con dolor que fue lo más mencionado, también con incomodidad, miedo, incertidumbre, vergüenza y eso les ha impedido volver a realizarla “[...]... *A lo mejor por miedo porque igual tengo una cuñada que parece que ya tiene tiempo que se lo hizo pero dice que tiene miedo, como ella no ha tenido hijos, dice que la primera vez que se lo hicieron le dolió bastante pues y entonces pues tiene miedo que le vuelva a doler...”* (Lucrecia, 31 años).

Barreras culturales reportadas por mujeres con antecedentes de toma de citología cervical.

La actitud de la pareja ante la prueba se identificó como una barrera importante, a diferencia del personal de salud, las mujeres en esta fase, reportaron los roles de género como una barrera importante, ya que éstas dejan al final sus necesidades por las de los demás, lo que deja en último lugar el cuidado de la salud. Fue evidente también el tabú de la sexualidad, ya que la pena y resistencia de acudir a la prueba, sobre todo si es un hombre el que las revisa son obstáculos importantes. Dentro de las creencias se encontró la idea de que la fe y Dios pueden curar todo tipo de enfermedad, incluyendo el cáncer, así que lo dejan en manos de Dios, lo que atrasa un diagnóstico oportuno, sobre todo en mujeres practicantes de la religión evangélica. El uso de medicina tradicional atrasa la asistencia a los centros de salud. Se encontró que la información de pares de que la prueba es dolorosa y los problemas de comunicación por falta de traductores en el sector salud fueron identificados como obstáculos.

A continuación se presenta una tabla describiendo las barreras culturales encontradas en este grupo de participantes (ver tabla 18).

Tabla 18

Barreras culturales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción de las mujeres con antecedentes de toma de citología cervical

Categorías	Subcategorías	Códigos
Actitudes de la pareja hacia la prueba		No las dejan acudir
		Maridos culpan a la mujer de enfermarse por infidelidad
		Molestia del marido hacia la prueba
		Desconfianza del marido (¿a dónde va, con quién va?)
		El marido no les da dinero para la prueba
		Poco apoyo de la pareja
		Maridos piden entrar a la prueba
		Los hombres no promueven la prueba
Roles de Género	Las mujeres anteponen las necesidades de los demás	Dejan al final sus propias necesidades, primero están los demás (No acuden porque están cuidando a su familia o a los enfermos)
		Proveedoras de las necesidades económicas de la familia
	Mayor atención en salud en los hombres	Los hombres acuden más a los servicios de salud que las mujeres
	Poco apoyo de la pareja en la enfermedad	Las mujeres se dejan morir por el rechazo de la pareja
Tabú de la Sexualidad		Resistencia de ir por pena, vergüenza o pudor
		Resistencia al análisis ginecológico por un médico/enfermero varón
	Pena, Vergüenza	No se habla de esos temas con sus pares (Papanicolaou)
		Vergüenza de hablar sobre su vida sexual con los médicos
		Enseñanza que nadie te puede ver o tocar
		Pena de que te encuentres al médico en la calle
		Vivencia de un cambio drástico de señorita a señora, incluyendo las visitas a los médicos
	Uso de parteras o curanderos y medicina tradicional antes de ir al médico(4)	
	Uso de medicina	

	tradicional	Atribuyen el cáncer a no hacerse limpias
Costumbres/ Cosmovisión	Mitos y creencias	La mujer se enferma por hacerlo muchas veces con el marido
		La mujer se enferma en baños públicos y albercas
		La mujer se enferma por sentarse o caminar en el piso caliente
		La mujer se enferma por tener hijos cerca de borregos
		Más riesgo de enfermarse cuando la mujer está menstruando
		El cáncer es mental y viene de estados de ánimo
		Se enferman por uso de métodos anticonceptivos
		La mujer se enferma por tener muchos hijos
		La mujer se enferma por falta de higiene
		La mujer se enferma por trabajar mucho
		Es más común enfermarse en la menopausia
		La fe y Dios pueden curar todo, incluido el CaCu (lo dejan en manos de Dios, sólo Dios puede curar 2)
	Prejuicios/Estigmas	Estigma a mujeres solteras que se hacen el Papanicolaou
		Sólo le da a las sexoservidoras
Información de pares		Información de pares de que la prueba es dolorosa
Lengua	Problemas de comunicación	Falta de traductores, personal no habla zapoteco

En esta sección se encontraron diversas barreras de tipo cultural que impiden la asistencia o regreso a la toma de la citología cervical, una de las más nombradas fue la actitud de la pareja hacia la prueba, por ejemplo, que el marido o la pareja no las deja acudir, otra de las más comunes fue que el marido desconfía de que su mujer vaya a hacerse la prueba culpando a la mujer de infidelidad si se enferma, se reportó además molestia del esposo hacia la citología cervical “[...]... *Y te digo, te repito aquí los hombres son unos machistas “¡no, tu no vas!” o no las dejan y pues no van. Pero pues no que no obedezcan al marido, pero es su bienestar de ellas y más si tienen hijos pequeños o hijos grandes ósea la, la vida de uno vale mucho...*” (Socorro, 60 años).

“[...]...Mi mamá, mi papá, era así antes, no la dejaba acudir, ni con mi mamá no quería., ni con mi abuelita no quería, no, no le gustaba que fueran, menos al Dr. Sola, menos que un Dr. la viera, la viera de esto, que la revise, este es un mundo machista... (Juana, 29 años).

Otro obstáculo tiene que ver con los roles de género, en dónde las mujeres posponen todo por el cuidado de sus familias y de los demás y dejan al final sus propias necesidades, no acuden porque están cuidando a su familia, porque son proveedoras económicas de sus casas y no tienen tiempo de acudir *“[...]...No había ido antes y no he regresado por el tiempo pues, quizá no tenía yo tiempo por la familia, la escuela, más que nada el tiempo pues, llevarlos a la escuela, traerlos, el trabajo y todo. Y pues no podía, no podía, por eso...” (Lucrecia, 31 años).*

Un factor que fue reportado frecuentemente tiene que ver con el tabú de la sexualidad, las mujeres reportaron que les enseñaron a que nadie puede verlas ni tocarlas además de su marido y que es una parte muy íntima, lo que dificulta la revisión por parte de los médicos, además de vivirlo con mucha vergüenza, sobre todo si es por parte de un médico o enfermero varón, también se encontró que les da pena hablar sobre su vida sexual, es importante mencionar que en ese tipo de revisiones médicas es un punto que se toca en la consulta médica *“[...]...Me da pena pues, como toda mujer le da pena, imagínate si uno con su pareja le da pena al principio, pues imagínate con una persona que ni siquiera lo conoces y que cuando te lo encuentras en la calle y que te pongas a pensar este hombre ya me conoce hasta el fondo de mí, de mi parte imagínate, no manita, imagínate, es, es, es muy feo ser mujer, es, a la vez es feo y a la vez bonito porque das.. vida...” (Juana, 29 años).*

“[...]...y es esta parte del estigma que ha estado lastimada, desde niñas pues, desde niñas “te tienes que tapar la conchita, no te vaya a tocar nadie”, y digo la conchita porque así, bueno acá en Juchitán así ¿no?, “que nadie te toque, que ¿cómo?” esta parte de que, de que me van a descubrir lo más íntimo que tengo yo...” (Teresa, 30 años).

Se pudo dar cuenta que hay un alto grado de estigma hacia la prueba en mujeres solteras, la mujer que no se ha casada es mal vista por la comunidad si va a realizarse la prueba, ya que ello significa que ha iniciado su vida sexual, lo que dificulta que estas mujeres se acerquen al centro de salud, también se piensa que el VPH da únicamente a las trabajadoras sexuales *“[...]... Porque imagínate a una señorita no se lo van a pedir, se lo van a pedir a una mujer ya casada a una señorita no. La gente de acá de Juchitán si vas a la clínica pues te ven de 15 ó 20 años aquí, pues eres, y te dicen eres señorita. Sí ah bueno, lo más seguro es que te digan de que pues*

no te piden cosas así, porque pues eres señorita, pero si le dices de que casada, esteee “¿alguna vez has tenido?”, desde el momento que tú le dices de que sí ya, ya tienes relaciones es cuando ya empiezan a preguntar...” (Juana, 29 años).

Las participantes reportaron que preexiste la medicina tradicional y el uso de parteras en la comunidad, aunque ya es menor esa práctica aún existe y se realiza, en algunos casos eso atrasa la asistencia a los centros de salud y a la toma de la citología cervical, hay que tomar en cuenta que algunas de las mujeres escucharon por primera vez del Papanicolaou cuando acudieron a la clínica por embarazo y parto y era cuando se los realizaban “[...]... Pues, yo doy gracias a Dios de que no he sentido nada, es que cuando yo, me alivio con mis hijos, entonces mi mamá me acostumbra a hacer, este como se llama, aaa, ¡¡lavado!!, lavado, lavado, lavado. El lavado es, es una hierba, mi mamá lo hace, lo lava. Ósea lo lava y lo coce y se enfría, entonces ya, cuando yo ya me voy a dormir, entonces me dice “¡ven siéntate acá, siéntate y lávate bien, lávate porque estás sangrando, lávate bien, bien, bien y cuando ya te lavaste, sécate y duérmete!” Así desde que tuve a mis hijas....Tuve 8 hijos con partera acá en mi casa...” (Margarita 71 años).

Fueron comunes las creencias y mitos relacionados al origen de la enfermedad, lo que da cuenta de que existe desinformación en cuanto al tema, se cree que la mujer se enferma por tener relaciones sexuales de manera continua con su marido, existe el mito de que el VPH se contagia en las albercas y en los baños públicos, además en Juchitán, sobre todo los viejos zapotecas, comentan que algunas enfermedades vienen por frío o por calor, en el caso del cáncer y de la infección del VPH reportan que vienen del calor, y que es porque la mujer camina o se sienta en lugares muy calientes “[...]... Pues a veces es por este, en nosotras si te das cuenta que nos sentamos en este, en un lugar caliente, si vamos a alguna alberca, estamos expuestas a muchas cosas ¿no? Cuando nos sentamos en lo caliente nuestra parte absorbe mucha calor y ahí empieza lo que es la comezón y de una vez si no te tratas, ya esa comezón va avanzando, avanzando y puede ser otra infección, la infección ya puedes tener otra cosa. En cambio los hombres sólo si se sientan en un lugar o, o, si es que le dé problemas en vías urinarias nada más, pero una mujer ¡no! una mujer es más delicada...” (Juana, 29 años).

Es importante mencionar la creencia de que la fe puede curar todo, incluido el cáncer, que todo está en manos de Dios, sobre todo en aquellas mujeres que pertenecen a la religión evangélica, lo que en algunos casos significa un retraso al diagnóstico oportuno, ya que creen que tu tiempo lo tienes contado y Dios ya tiene una fecha, no importa lo que hagas, algunas

mujeres a pesar de esta creencia acuden al médico, pero también están las que no lo hacen “[...]...Pues ahí cuando yo fui el médico dijo que ya estaba sana, ya no tenía yo nada, pues gracias a Dios salió, mira es cierto, es cierto porque yo le dije siempre recomendando pedirle al señor, siempre recomendando, pero sáname, saca todo lo que tengo saca todo eso, y, y yo siento que es por eso, por la fe...” (Margarita 71 años).

Otro de los obstáculos que se reportaron en este estudio fue la falta de traductores en el sistema de salud, ya que hay médicos y personal de salud que no habla la lengua zapoteca y mujeres que no hablan el castellano, lo que dificulta la comunicación médico-paciente “[...]... Me ha tocado yo le digo, porque he llevado yo a mi suegra, mi suegra no habla español, la he llevado yo con los doctores y ya conforme me lo va diciendo ya se lo traduzco yo al Dr. ya la llevo y ya yo le digo al Dr. pues tiene esto y esto, pero pues a veces es incómodo porque pues tanto como para ella como para el Dr. también. ¿Por qué si fuera nada más ella, ni cómo pues? cómo le dice que le duele, ajá sí, me ha tocado verlo porque pues he ido con la señora...”

Después de haber analizado tanto al personal de salud como a las mujeres que tienen una experiencia previa de la toma de la citología cervical, es pertinente preguntarnos ¿cuáles fueron las barreras que identificaron las mujeres que no se han realizado la prueba?

Resultados fase 3. Mujeres juchitecas sin antecedentes de toma de citología cervical. Al igual que en la fase anterior, en esta parte de la investigación se pretende escuchar a las mujeres juchitecas, sin embargo, esta sección se enfoca en aquellas que nunca se han realizado una citología cervical, con el fin de reportar el conocimiento que tienen sobre el CaCu y la citología cervical, así como las barreras que enfrentan para la toma de dicha prueba.

Barreras estructurales reportadas por mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical. A diferencia de los estudios pasados, uno de los obstáculos más reportados fueron las huelgas y los paros de labores en el sector salud, lo que impide que las mujeres se acerquen a los servicios de salud. Además reportaron falta de información y campañas educativas por parte de las instituciones de salud, así como maltrato y falta de atención recibidos por parte de los trabajadores de la salud públicos, largos tiempos de espera para ser atendidas, tardanza en la

entrega de resultados y falta de material y personal especializado. En la siguiente tabla se enuncian las barreras estructurales encontradas en esta fase (véase tabla 19).

Tabla 19

Barreras estructurales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción de las mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical

Categorías	Subcategorías	Códigos
	Fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados	Tardanza en entrega de resultados
		Pérdida de los expedientes
		Trámites administrativos largos y tediosos
Organización	Largos tiempos de espera	Largos tiempos de espera en centros públicos
		Las envían a Oaxaca para estudios y tratamientos
		Falta de infraestructura, personal especializado y tratamientos para el CaCu en la comunidad
		Las envían a México para tratamiento
		Falta de personal
		Presupuesto
	Falta de material	
	Maltrato o falta de atención a las mujeres	Maltrato a mala atención del personal en centros de salud (Falta de calidez y calidad 2)
		Mala experiencia en centros de salud públicos
		Conductas del Personal de Salud
	Desconfianza y descontento hacia el personal de salud y centros de salud públicos	Desconfianza en centros de salud públicos
		Más confianza y preferencia por médicos privados

	Más confianza con médicos particulares	
Información y campañas por parte de las instituciones		No promoción, información ni campañas por parte del sector salud
	Papel del sector salud en la información	No dan material informativo en las clínicas
	Papel de las escuelas en la información	No información ni educación por parte de las escuelas
Problemas laborales y sociales		Huelgas y paro de labores en el sector salud

Como se pudo observar, en esta fase al igual que en las anteriores se encontraron distintas barreras de tipo estructural que dificultan la asistencia a los programas de detección oportuna y la toma de la citología cervical, a diferencia de las fases anteriores, en esta la más común fueron los paros de labores y las huelgas constantes en el sector salud, lo que impide que las mujeres acudan a los servicios de salud. Las mujeres reportaron que el sector salud entra constantemente en paros laborales y que estos han sido consecuencia de problemas de salud y falta de asistencia a los diferentes servicios. Estos paros de labores han significado que las mujeres no acudan a hacerse la citología cervical, ya que no tienen la posibilidad de pagar un servicio particular “[...]... Y luego ahorita que ya entraron en paro y estaba yo que quería ir , que quería yo ir porque tuve yo un pequeño problema en mayo...Entonces la segunda vez que me embaracé resulta que no, que era anembriónico, pasaron 6 meses, no me cuidé y volví a quedar embarazada, pero en esa ocasión el bebé si ya estaba grande, ya tenía yo como 4 meses, no tenía yo las posibilidades económicas para ir a que me realizaran un, un ultrasonido, hasta en ese momento le entendí que importantes son los ultrasonidos en los primeros meses del embarazo. El hospital estaba en paro, entonces yo no podía ir al hospital, no me practicaron los ultrasonidos a pesar de que yo llevé mi control en el centro de salud...” (Esperanza, 26 años).

“[...]...Entonces sí, sí voy a ir, ahora sí que de manera particular porque pues el paro que tienen ahorita no hay para cuando terminen, ya tienen como un mes y el hospital creo que desde mayo está en paro, la gente va a particular cuando puede....” (Esperanza, 26 años).

Otras de las barreras más reportadas fueron tanto el mal trato que han recibido en los centros de salud, como la mala experiencia que tienen de su asistencia a estos centros, eso repercute en querer regresar y en tomarse la citología cervical “[...]... *A veces sí me tratan bien, a veces, pero hay otras veces que no, te tratan mal. Te dicen “no, pues aquí uno por uno”, o no sé, te gritan o así, se enojan, pero pues así, como que de repente te tratan bien y luego te tratan mal, se portan groseros...*” (Alicia, 21 años).

Los largos tiempo de espera en los centros de salud, también fueron reportados por las mujeres en esta fase de investigación como un obstáculo para que ellas acudan, ya que muchas de ellas trabajan y tienen muchas actividades domésticas y el tiempo es muy valioso para ellas, algunas ya no regresan ni van por esta cuestión “[...]...*Yo acudo a la medicina particular porque no confío en el sistema de salud, aunque tenga yo sistema de salud. Fui hace mucho y me traumó y ya no quise volver ahí, me tuvieron ahí como 8 horas esperando y casi se me cae el pie ¿no? Y dije jamás vuelvo a venir al sistema de salud...*” (Concepción, 40 años).

Fue evidente que las mujeres saben que en su comunidad no existen los tratamientos para el cáncer en general incluyendo al CaCu, y que las envían sobre todo a la ciudad de Oaxaca a recibir atención, es importante mencionar, que algunas mujeres no tienen los recursos para viajar a la capital del estado, lo que representa una barrera importante para recibir tratamientos y para la supervivencia de la enfermedad “[...]...*Cuando por ejemplo una mujer aquí en Juchitán tienen cáncer se va con Dr. Especialista que dicen lo manda a Oaxaca, a Oaxaca va a hacer su quimioterapia, se cae todo el cabello...*” (Soledad, 82 años).

La falta de información es una barrera importante para que las mujeres acudan a la toma de la citología cervical, en esta fase las participantes comentaron que el sector salud no brinda información respecto al tema y que hay falta de promoción de la prueba y campañas enfocadas a la toma de la citología cervical, lo que podría ayudar a que las mujeres asistieran “[...]...*Hay semana nacional de vacunación, semana nacional de salud bucal, pero ¿a poco hay una semana nacional para el cáncer cervicouterino? Para decir: “¡el Papanicolaou, esta es la semana nacional, hágansela, practíquensela!” No, no hay, no hay una promoción como tal que se dedique a esa parte a hacer promoción a esa parte ¿no?... Entonces acá no, la verdad no veo que haya así promoción a la salud dedicado a las mujeres, a informar, a decir si se están realizando los estudios del Papanicolaou en el centro de salud, que acudan...Entonces siento que casi no se le ha dedicado mucha importancia a esa parte, a la mujer, a decir “bueno,*

¿conoce usted qué es el Papanicolaou? ¿Sabe qué es lo que puede prevenir con esa, con ese estudio?” entonces pienso que no se le ha dedicado el tiempo suficiente...” (Esperanza, 26 años).

Barreras psicosociales reportadas por mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical. Como se puede observar, la desinformación por parte de las mujeres acerca de la enfermedad y la prueba es común y representa una barrera para que acudan a los centros de salud a realizarse la prueba, la falta de recursos económicos para poder pagar un servicio particular también se reportó. El bajo nivel educativo de las mujeres y sus parejas, y la edad avanzada de estos (participantes y parejas) fueron identificados como obstáculos. El miedo a que salga algo malo en la prueba también es un obstáculo, además del miedo a que el esposo les haya sido infiel y les haya transmitido alguna enfermedad. La desidia por parte de las mujeres fue mencionada, es decir posponen la prueba por otras cosas, además de que existe una falta de interés en saber del tema y estar informadas. En la tabla siguiente se muestran las barreras psicosociales encontradas (ver tabla 20).

Tabla 20

Barreras psicosociales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción de las mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical

Categorías	Subcategorías	Códigos
Características		Mujeres de la tercera edad no acuden por su edad
Socio-demográficas	Edad	Hombres mayores no acceden a que sus parejas acudan
		Hombres con baja escolaridad no las dejan acudir
	Escolaridad	Baja escolaridad se asocia a que no asistan
Cuestiones Económicas		No poder pagar los costos del tratamiento (dejan el tratamiento)
		Falta de solvencia para pagar servicios particulares, no tienen otra opción más que los servicios públicos
		No poder pagar los medicamentos que no hay en el sector

		salud	
		Acuden cuando presentan síntomas/Desinformación ausencia de síntomas (8)	
		No acuden por desinformación	
Información	Desinformación por parte de la mujer (Enfermedad y proceso, pruebas de detección, VPH)	Desinformación del origen de la enfermedad (VPH)	
		Desconocimiento proceso de la enfermedad	
		Desconocimiento periodicidad de la prueba	
		Duda sobre los beneficios y funciones entre la citología cervical y la colposcopia	
		Desinformación requisitos para la toma del Papanicolaou (inicio de vida sexual)	
		Desconocimiento lugares donde la realizan	
		Desinformación del procedimiento de la prueba	
		Desinformación procesos administrativos para tomarse la prueba	
		Desinformación sobre los beneficios de la prueba	
		Desinformación VPH es por contagio sexual	
		Desinformación tratamientos del CaCu	
		Desinformación por parte de la pareja	Desinformación de los beneficios de la prueba por parte de la pareja
		Actitudes/Emociones de la Mujer	Miedo
Miedo al dolor			
Miedo a que su esposo les haya contagiado el VPH			
Miedo a que el marido les haya sido infiel			
Miedo por no saber qué es lo que les van a hacer			
Falta de preocupación e interés		Desidia por parte de las mujeres, lo van posponiendo	
		Falta de interés en el cuidado de su salud y saber del tema	

En esta parte de la investigación fueron notables las barreras de tipo psicosocial, una de las más comunes fue la desinformación que tienen sobre el proceso de la enfermedad, que no existen síntomas hasta que la enfermedad está avanzada, lo que hace que las mujeres no acudan hasta que se sientan mal “[...]...Tenemos que ir al Papanicolaou cuando sientes, cuando sientes o ves algo raro de, de tu parte, a esa hora vas...” (Diana, 18 años).

También fue común la desinformación sobre la citología cervical, como la frecuencia con que deben de tomarla, los beneficios y la utilidad de la prueba, los requisitos para su toma, el procedimiento y los lugares donde pueden realizarla “[...]... No sé para qué sirve el Papanicolaou, me dicen que para cuidarme, para saber cómo estoy, si tengo otra enfermedad, pero no sé cuál enfermedad...” (Alicia, 21 años).

“[...]...Me han dicho que bueno, pues ahora si de que vas ¿no? y te acuestan en la camilla y todo y ya, le digo: no sé cuál sea eso, a veces no sé bien el Papanicolaou como se hace.... Y este pero, pues se acuesta y la checan y ya es un ratito no más, no tarda, es rápido. Es lo único y ya, pues ya no se más.” (Ana, 29 años).

Las mujeres entrevistadas reportan que una de las principales barreras para que las mujeres no acudan es porque no tienen información, porque no saben acerca de la prueba ni de la enfermedad y eso es lo que impide que asistan “[...]...Las mujeres no van porque no están informadas de ¿qué es?, ¿para qué? de ¿por qué tienes que ir? Entonces por porque no están informadas, ajá no están informadas...” (Diana, 18 años).

En cuanto a características sociodemográficas existe la barrera económica para aquellas que quieren acudir a servicios particulares ya sea porque no confían en el centro de salud público, porque éste está en paros, porque tuvieron una mala experiencia en éstos o para las que no tienen ningún tipo de seguridad social. Además, se les complica comprar los medicamentos o el material que les pidan en los centros de salud “[...]...Pero, pues ahora sí que eso es lo malo ¿no? Así como yo, pues hay muchas personas que no tienen las posibilidades y a pesar de eso, a pesar de que ya el seguro popular se supone que no debe de pagar, hay centros de salud en los que si te cobran una cuota si no llevas tu seguro popular, de 30, 40, 50 pesos, y mucha gente a veces está al día y se supone que pues para eso es el seguro y aunque lo tengas pero no lo llevas, no lo presentas, te cobran lo de la consulta: 40, 50 pesos de la consulta, ósea te cobran y ya nos justifican que no hay materiales, no hay esto, no hay el otro, no hay medicamentos y sí es cierto yo he pasado a consulta, salgo de la consulta voy a farmacia y “es que no tenemos este

medicamento, no tenemos este, no tenemos este” de todas maneras hay que ir a comprarlo...” (Esperanza, 26 años).

Otro obstáculo que fue mencionado frecuentemente en esta fase, fue el miedo a que les digan que tienen algo malo, lo que hace que las mujeres no acudan a tomarse la citología cervical *“[...]...Se han escuchado más así mujeres de cáncer y de cáncer, así. Pues a lo mejor igual, es un poquito de temor ¿no? De que, pues tenemos que cuidarnos para que igual estemos bien o temor a que no vayamos y pues lo tengamos y sin ir a chearnos pues eso ya más, más riesgo pues...”* (Ana, 29 años).

Otro de los temores que fueron reportados fue el miedo al dolor o a que las lastimen *“[...]...Pienso que el Papanicolaou es muy doloroso ¿no? es algo que como que casi todas las mujeres no les gusta practicarse por eso, por él, lo que implica, a mí por el dolor...”* (Concepción, 40 años).

Otro miedo que estuvo latente fue el temor a descubrir que su esposo les fue infiel y la posibilidad de que les hayan contagiado alguna enfermedad de transmisión sexual, lo que retrasa la asistencia a estos programas *“[...]...No sé si, si por el temor también no he querido hacerme el Papanicolaou, incluso con mi hija en los exámenes de rutina que es un examen de sangre, eh, eh, te checan si no tienes el VIH o alguna enfermedad venérea no que te, se puede detectar desde la sangre y a pesar de que estoy casada y todo pues no, me daba miedo el tener que ir a practicarme la prueba de sangre y que saliera que soy VIH positivo ¿por qué? Porque mi esposo no trabaja acá, él, por el programa que existe México-Canadá él está trabajando temporalmente en Canadá por eso se va él 8 meses ¿no? Se va él 8 meses pero pues a su regreso, tampoco es un santo...”* (Esperanza, 26 años).

La desidia fue uno de los obstáculos más reportados para acudir a realizarse la toma de la citología cervical, el ir posponiendo por otras cosas su asistencia y terminar por no acudir *“[...].... Puedo ir ósea el día que yo quiera y la verdad me ha ganado mucho la desidia, entonces igual pasa con las demás personas...”* (Ana, 29 años).

Fue común además la falta de interés por saber del tema e informarse, algunas mujeres reportaron no estar interesadas en saber acerca del tema por lo que no leen los carteles en el sector salud ni ponen atención cuando se habla de esos temas *“[...]....Yo casi no me pongo, ¿para qué? No pongo atención a toda esas cosas...”* (Luisa, 62 años).

Barreras culturales reportadas por mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical.

En esta fase se repitió la actitud de la pareja hacia la prueba, ya que los maridos no permiten que la mujer sea revisada, y menos si es un varón el encargado. Fue claro que las mujeres participantes reportaron el uso de medicina tradicional y parteras más que las otras fases. El tabú de la sexualidad volvió a aparecer, como la pena y la enseñanza de que nadie te puede ver o tocar, además se encontró la fe y la creencia de que Dios puede curar todo y no importa lo que hagamos si Dios ya tiene un plan para nosotros, lo que retrasa la atención médica. Los roles de género también interfieren en una pronta atención, ya que las mujeres dejan al final sus necesidades por dar prioridad a las de los demás (ver tabla 21).

Tabla 21

Barreras culturales para la participación de las mujeres en la prueba de Papanicolaou según la percepción de las mujeres sin antecedentes de toma de citología cervical

Categorías	Subcategorías	Códigos
Actitud de la pareja		La pareja no las deja acudir (no las deja con médico varón 3)
		Poco apoyo y motivación por parte de la pareja
		Desconfianza de la pareja (alguien más la contagió)
		Pareja se niega a hacerse la prueba del VPH
Roles de Género	Las mujeres anteponen las necesidades de los demás	Dejan al final sus propias necesidades y su salud primero están los demás (hay que hacer sacrificios como mujer: 1)
		Proveedoras de las necesidades económicas de la familia
Tabú de la Sexualidad	Pena, Vergüenza	No se habla de esos temas con sus pares y familiares por pena
		Resistencia al análisis ginecológico por un médico/enfermero varón
		Resistencia de ir por pena, vergüenza o pudor
		Enseñanza que nadie te puede ver o tocar
	Percepción prueba atenta contra su	Prueba violenta

	intimidad	
Falta de apoyo Social		No le gusta ir sola
Costumbres/	Uso de medicina tradicional	Uso de parteras. Tratamientos alternativos, medicina tradicional y remedios caseros antes de ir al médico
Cosmovisión	Mitos y creencias	El cáncer viene por el pecado (tener relaciones sexuales sin fines de procreación)
		No creen en la medicina ni en los médicos porque la fe y Dios pueden curar todo, incluido el CaCu (lo dejan en manos de Dios, Dios tiene un plan para nosotros)
Lengua	Problemas de comunicación	Falta de traductores, personal no habla zapoteco

Se encontraron diversas barreras culturales en las mujeres entrevistadas que no se han realizado una citología cervical. A diferencia de las fases anteriores la más común fue la que tiene que ver con sus creencias en que Dios y la fe son suficientes para sanar y que la medicina no sirve, además de creer que Dios ya tiene un plan escrito sobre nosotros y que la enfermedad viene por el pecado, principalmente por tener relaciones sexuales sin fines de procreación. Estas creencias derivan en que no se crea en la medicina ni se acuda a los servicios médicos *“[...]....Dios puso a una persona porque el, así creemos nosotros, cuando él diga que ya. Aunque no se enferma uno viene un accidente y ahí se muere, pero él es el que decide cuándo. Hay algunos que sí van al médico porque según su fe no alcanza para creer o para esperar que Dios haga, pues van, van corriendo al médico, pero nosotros aquí durante 11 hijos que tenemos nunca, nunca los llevé al médico y ahí están mis hijos...”* (Luisa, 62 años).

El uso de parteras fue muy común en estas participantes, sobre todo en las mujeres mayores de 40 años, quienes todavía hacían uso de ellas, el hecho de acudir al centro de salud al control natal facilita la toma de la citología cervical, ya que el personal les brinda información y se los realiza *“[...]...Como bueno, ¿sabe otra cosa? Le voy a decir, nosotras no usamos nada de medicina ni de eso, solamente cuando nos aliviarnos y acabando de aliviarse un bebé y las parteras pues nos preparan, nos ponen agua tibia, nos dan lavado, nos limpian. A través de todo eso uno se limpia, pues sin problemas aunque uno se levanta a hacer sus quehaceres, sanamente, sin otras cosas, nada más eso...”* (Luisa, 62 años).

El uso de medicina tradicional, casera y acudir a los curanderos antes de ir al médico fue también una práctica reportada por las participantes, lo que puede retrasar la asistencia a los servicios de salud “[...]... *La señora que curó a mi hermana ella es la dueña de ese santo Esquipulas “va a sanar” dice “tu vienes con fe” la llevó ahí en la iglesia, le sobó, hizo té, “con eso” dice, la llevó mi mamá, “no duerme la niña, puro llorando, puro”. Se durmió, se durmió, hasta ya tarde, ya de noche abrió los ojos y le dijo mi mamá, ya se despertó, “atol de arroz” dice la señora, “remójalo tantito en el metate”, hizo mi mamá su atolito y le daba cada rato, cada rato, ¿pues qué no sanó mi hermana? ¡Sanó!...*” (Soledad, 82 años).

En esta fase también se interpuso la actitud de la pareja sobre la prueba, ya que ésta no las deja acudir y menos si el que realiza la toma es un hombre “[...]...*A lo mejor los maridos las dejarían si fuera una mujer, porque si es hombre “te va a ver esto, te va a ver el otro...”*” (Alicia, 21 años).

“[...]...Hay otros por machismo más que nada, que no dejan, y más si le toca que, que se los haga un hombre ¿no?...” (Diana, 18 años).

No sólo el hecho de que la pareja no las deje acudir es un obstáculo, también la falta de apoyo y que no las motiven ni acompañen a la prueba es considerado una barrera por parte de las participantes “[...]...*A lo mejor igual ellos no, no, no platican con la mujer o no las animan a ir o que no las llevan, igual puede ser que les pudieran decir pues de que fueran para que cuidaran su salud, de que se cuiden y todo eso. A lo mejor igual, los hombres no nos ayudan un poco pues a, a ver la información y esto, no nos animan pues a ir...*” (Ana, 29 años).

Las participantes consideraron que las mujeres dejan al final sus propias necesidades, ya que primero están los demás y al último ellas, la salud es algo que dejan por estar atendiendo a los demás, hasta que presentan síntomas intensos es que acuden al médico, en algunos casos las mujeres mueren por no atenderse “[...]...*Como que pusieron las cosas por sobre su enfermedad ¿No? Como que está este pensamiento de mujeres sacrificadas, mujer, madre abnegada que no quiere darle como problemas a la familia, a los hijos, entonces como que deja su enfermedad que avance y cuando se dan cuenta ya no lo pueden controlar. Entonces muchas de esas mujeres de las que yo conozco que han muerto, han sido porque lo han dejado en un segundo, en un tercer lugar...*” (Concepción, 40 años).

El tabú de la sexualidad también estuvo presente en este grupo de mujeres, las mujeres reportaron sentimientos de vergüenza y pena ante la prueba y a la desnudez ante la persona que

realiza la prueba. De igual manera se identificó que la prueba se percibe como una práctica muy violenta que atenta contra su intimidad “[...]... *Ojalá y ya inventen algo como más, este laser algo así, algo que sea no sé súper moderno, no sé. Digo no que te abran ahí, que te metan una pinche madre ahí como un robot...*” (Concepción, 40 años).

Otra de las barreras que fueron reportadas únicamente por estas mujeres fue la falta de apoyo social. Las participantes comentaron que para ellas sería más fácil acudir a la toma si alguien las acompañara y las motivara “[...]... *Así es, tengo el apoyo de mi mamá, ahora que mi mamá está vamos a ir y pues no sé si mi hermana ya fue o vaya a ir pero mi mamá me dice “si vamos a ir, te voy a llevar, primero que te hagan el Papanicolau y ya de ahí vamos con el ginecólogo para que te revisen si estás bien” y le digo “sí, vamos” ¿no? entonces sí, de cierto modo ya la seguridad, la confianza que me está dando ella, más que nada es apoyo moral ¿no? Es el que yo siento que si necesito para terminar de animarme para ir...*” (Esperanza, 26 años).

Una vez más, apareció la falta de traductores en el sistema de salud como un problema en la comunicación, lo que limita la asistencia de las mujeres a la toma de la prueba “[...]... *Pues a veces hay doctores que no son de acá y no saben hablar zapoteco, hablan español y pues ya hablamos en español, o si lo entiendes pero no lo hablas pues así, o si son de acá te hablan en zapoteco y ya hablas en zapoteco...*” (Alicia, 21 años).

Integración de resultados. Después de haber realizado las entrevistas y el análisis en cada una de las fases de investigación, se observa que las categorías encontradas en las tres fases fueron similares casi en su totalidad. Esta coincidencia entre los datos obtenidos y las categorías previstas derivadas de la revisión conceptual apoya la pertinencia de los rubros propuestos. Evidencia ésta que abona favorablemente a la derivación de un modelo explicativo de los factores que obstaculizan la toma del CaCu entre las mujeres zapotecas. Las barreras estructurales que se reportaron en los tres grupos de participantes fueron la organización, presupuesto, desinformación y campañas por parte de las instituciones, conductas del personal de salud. Dentro de las barreras de organización los tres grupos de participantes reportaron la tardanza en entrega de resultados, pérdida de muestras y expedientes, largos tiempos de espera para ser atendidas. El personal de salud manifestó pérdida de seguimiento, traspapeleo de las muestras, negar la atención a las mujeres ya sea por edad, horario, por pertenecer a otras clínicas, procedimientos pocos funcionales de los programas de detección oportuna. Las mujeres con

antecedentes de la toma reportaron pocas horas de trabajo en los centros de salud, ya que el horario es sólo en el transcurso de la mañana. Con respecto a la categoría de presupuesto, los tres grupos de participantes coincidieron en que hay falta de personal capacitado y falta de material para las pruebas. Los dos grupos de mujeres reportaron que no hay infraestructura suficiente en la comunidad y que tienen que trasladarse a la ciudad de Oaxaca y la ciudad de México para recibir tratamiento. El personal reportó que hay falta de espacios para la toma de las muestras, así como material de baja calidad. Con relación a la desinformación y campañas por parte de las instituciones, se encontró que el personal de salud tiene desconocimiento acerca de los procedimientos de los programas, lo que fue reportado por ellos, así mismo las mujeres con antecedentes de la toma reportaron desinformación por parte de la iglesia evangélica acerca del VPH y su contagio y las mujeres sin antecedentes manifestaron no recibir información de la enfermedad y la prueba en las escuelas. Por otro lado las conductas del personal de salud fueron reportadas por los tres grupos de participantes, quienes comentaron que el maltrato y mala atención por parte del personal de salud es una importante barrera para la toma de la prueba. Las mujeres en ambas fases de la investigación comentaron sentir desconfianza de los centros de salud pública.

Y finalmente las mujeres que no se habían realizado la prueba manifestaron como un obstáculo las continuas huelgas y paros de labores en el sector salud (ver tabla 22).

Tabla 22

Barreras estructurales reportadas por los tres grupos

Categoría	Subcategoría	Personal de Salud	Mujeres con antecedentes	Mujeres sin antecedentes
	Fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados	Tardanza en entrega de resultados, pérdida de muestras y expedientes		
		Pérdida de seguimiento		Trámites administrativos largos y tediosos
		Traspapeleo de las muestras		
	Tiempo de espera	Largos tiempos de espera		
	No tomar la muestra a	No tomar la muestra a mujeres por edad,		

Organización	mujeres cuando llega al servicio	horario, por ser de otras clínicas, con anomalía visible y reagendarla	
	Procedimientos poco funcionales	Programa de captura de híbridos poco funcional, saturación de trabajo, no llega información en zonas marginadas	
	Horarios en centros de salud		Pocas horas de trabajo en centros de salud públicos (8-15hrs).
Presupuesto	Falta de infraestructura, personal especializado y tratamientos para el CaCu en la comunidad	Falta de espacios para la toma de las muestras y para dar pláticas informativas, abandono de la construcción del espacio para las muestras, falta de equipo	
		Poco personal preparado y especializado, falta de especialistas	
			Las envían a Oaxaca y a la ciudad de México para tratamiento
	Falta de material	Falta de medicinas y material para las pruebas	
	Material de baja calidad		
Información y campañas por parte de las instituciones	Desinformación del personal de procesos administrativos y papel del SS en la información	Desinformación del personal acerca de los procesos de tamizaje	No promoción, información ni campañas por parte del sector salud
	Desinformación por parte de la iglesia evangélica		Desinformación acerca de la infección del VPH (Es por tener “muchas” relaciones sexuales con el marido)
	Papel de las escuelas en la información		No información ni educación por parte de las escuelas
	Falta de comunicación y enseñanza por parte del personal médico a	Negar la atención (mujeres mueren por falta de atención)	

	Maltrato o falta de atención a las mujeres	las usuarias	
			Maltrato o mala atención del personal de salud
Conductas del Personal de Salud		Rompen las láminas de la prueba	
			Desconfianza en centros de salud públicos. Preferencia por médicos particulares
	Desconfianza y descontento hacia el personal de salud y centros de salud públicos		Desconfianza por ser atendidos por médicos pasantes, por conocer mujeres que no les detectaron tiempo, porque al personal no le gusta su trabajo, molestia hacia el SS
Problemas laborales y sociales			Huelgas y paro de labores en el sector salud

Con relación a las barreras psicosociales, surgieron categorías semejantes en los tres grupos, las cuales fueron, las características sociodemográficas como la edad (donde no hubo un consenso con relación a si las mujeres de generaciones más jóvenes o más grandes tienen mayor resistencia hacia la prueba), el nivel educativo, en donde todos coincidieron que el nivel educativo bajo es una barrera para que las mujeres no acudan y factores económicos que limitan a que la mujer acuda a los servicios particulares, ni poder pagar los materiales que les piden en los centros públicos. La desinformación por parte de las usuarias fue vista como una barrera por los tres grupos de participantes y las actitudes y emociones de la mujer como el miedo a la prueba y a que le digan que tienen algo “malo” fue común. La única categoría diferente fue la que apareció en el grupo de mujeres con antecedentes que fue la experiencia de la prueba (véase tabla 23).

Tabla 23

Barrera psicosociales reportadas por los tres grupos

Categoría	Subcategoría	Personal de Salud	Mujeres con antecedentes	Mujeres sin antecedentes
Características Socio-Demográficas	Edad	Mayor resistencia : Menores de 25 años, mayores de 50 años, mayores de 30	Mayor resistencia: mujeres más jóvenes y de generaciones grandes	Mayor resistencia: mujeres y hombres de la tercera edad
		Menor resistencia: Menores de 35 años, de 30 a 50 años, mayores de 70. No diferencias en la edad	Menor resistencia: mujeres más jóvenes.	
	Nivel educativo	Bajo nivel educativo		
		Falta de solvencia para pagar servicios particulares, no tienen otra opción más que los servicios públicos		
Desinformación	Cuestiones económicas	No poder pagar los costos de la prueba, materiales y medicamentos. No poder pagar los costos del tratamiento de lesiones y/o cáncer (lo abandonan)		
		No regresan por cuestiones económicas		
	Desinformación de la prueba, procedimiento, beneficios. Desinformación ausencia de síntomas (VPH). Desinformación VPH (transmisión, consecuencias.			
	Desinformación por parte de la mujer		Desinformación proceso de enfermedad	
		Desinformación requisitos de la prueba	Desinformación periodicidad de la prueba. Desconocimiento sobre el CaCu y tratamientos. Desinformación diferencias entre colposcopia y Papanicolaou	
			Desinformación la salud es un derecho y el sangrado es un síntoma	
				Desinformación lugares donde la realizan.

				Desinformación procesos administrativos
		Miedo a que salga algo malo en la prueba, miedo al dolor,		
			Miedo a que el marido les haya contagiado algo	
Actitudes/Emociones de la Mujer	Miedo		Las mujeres por miedo a enfrentar la enfermedad se dejan morir	Miedo a que les hayan sido infiel, miedo por no saber que les van a hacer
	Falta de preocupación	Desidia por parte de las mujeres, lo van posponiendo		
			Falta de interés en el cuidado de su salud y en saber del tema	
	Baja autoestima		Baja autoestima	
Experiencia de la prueba	Mala experiencia de la prueba (ya no regresan)		Experiencia de dolor, miedo, pena, incapacidad para relatar su experiencia	

Finalmente, las barreras culturales que se repiten en los tres grupos de participantes fueron la actitud de la pareja ante la prueba, el tabú de la sexualidad, los mitos y creencias, las costumbres y la lengua, los roles de género se reportaron por los dos grupos de mujeres y la información de pares apareció en el grupo de mujeres que se había realizado la prueba, así como la falta de apoyo social en aquellas que nunca se la han realizado. En las siguientes tablas se describen las barreras reportadas por los tres grupos de participantes (ver tabla 24).

Tabla 24

Barreras culturales reportadas por los tres grupos

Categoría	Subcategoría	Personal de Salud	Mujeres con antecedentes	Mujeres sin antecedentes
		Las parejas no las deja acudir (ya no regresan por miedo a que la pareja sepa,)		
		Molestia de la pareja hacia la prueba. Pareja pide entrar a la prueba		
			Maridos culpan a la mujer de enfermarse por infidelidad. Poco apoyo por parte de la pareja	

Actitudes de la pareja hacia la prueba	Desconfianza del marido (¿a dónde va, con quién va?). El marido no les da dinero para la prueba. No promueven la prueba	Pareja se niega a hacerse la prueba del VPH
Tabú de la Sexualidad	Enseñanza de que nadie te puede ver o tocar. Resistencia al análisis ginecológico por un médico/enfermero varón. Resistencia de ir por pena, vergüenza o pudor	No se habla de esos temas con sus pares y familiares por pena
Tabú de la Sexualidad	Piden que la prueba se las realicen doctoras o enfermeras. Dificultad de bajarse la ropa interior	Vergüenza de hablar sobre su vida sexual con los médicos. Pena de que te encuentres al médico en la calle. Vivencia de un cambio drástico de señorita a señora, incluyendo las visitas a los médicos
Percepción prueba atenta contra su intimidad		Prueba violenta
Uso de medicina tradicional	Acuden a parteras, curanderas o medicina tradicional antes de ir al médico	
Costumbres/ Cosmovisión	Disminución de asistencia por fiestas de la comunidad	
Costumbres/ Cosmovisión	Creencia de que el cáncer es una maldición o viene por no hacerse limpias	El cáncer viene por el pecado (tener relaciones sexuales sin fines de procreación)
Mitos/Creencias		La fe y Dios pueden curar todo, incluido el CaCu (lo dejan en manos de Dios, sólo Dios puede curar 2)
Mitos/Creencias		La mujer se enferma por hacerlo muchas veces con el marido, en baños públicos y albercas, por sentarse o caminar en el piso caliente, por tener hijos cerca de borregos, por uso de métodos

			anticonceptivos, por tener muchos hijos, por falta de higiene, por trabajar mucho,
		El VPH sólo da a las sexoservidoras	
	Prejuicios/Estigma	Estigma a mujeres que se hacen el Pap. que tienen varias parejas, o son solteras	Estigma a mujeres solteras que se hacen el Pap.
Lengua	Problemas de comunicación	Falta de traductores, personal no habla zapoteco	
	Las mujeres anteponen las necesidades de los demás		Dejan al final sus propias necesidades, primero están los demás (No acuden porque están cuidando a su familia o a los enfermos, hay que hacer sacrificios como mujer)
			Proveedoras de las necesidades económicas de la familia
Roles de Género	Mayor atención en salud en los hombres		Los hombres acuden más a los servicios de salud que las mujeres
	Poco apoyo de la pareja en la enfermedad		Las mujeres se dejan morir por el rechazo de la pareja
Información de pares		Información de pares de que la prueba es dolorosa	
Falta de apoyo Social			No le gusta ir sola

Parte III. Discusión, limitaciones, alcances y conclusiones

3.1 Respuesta a la pregunta de investigación

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural que presentan las mujeres juchitecas para la toma de la citología cervical. Estas barreras se exploraron desde la voz de tres grupos de participantes, el primero se enfocó a los trabajadores de salud que están a cargo de la toma de la citología cervical en servicios públicos y privados y desde la voz de las mujeres juchitecas con y sin antecedentes de toma de la prueba. Se hizo una revisión exhaustiva de algunos modelos socio-cognitivos que se han asociado a la toma de la citología cervical y de las barreras que presentan las mujeres para la toma. Se entró a campo donde se conocieron las distintas clínicas de salud de la ciudad de Juchitán y donde se interactuó con la comunidad. Después de analizar los resultados, se da una respuesta contundente a la identificación de barreras a las que se enfrentan las mujeres juchitecas para la toma de la citología cervical, además, se organizó conceptualmente la información. Los resultados apoyan a la teoría y también presentan avances teóricos, ya que hay particularidades de la población estudiada.

Se dio respuesta en 3 niveles, los cuales se argumentan y describen en la presente discusión y resultados: 1) Nivel descriptivo: donde se identificaron 3 tipos de barreras en los 3 grupos de participantes, las cuales evidencian algunas similitudes, pero también diferencias. 2) Nivel categórico: se ratificaron las categorías propuestas en el marco teórico. 3) Nivel de Interacción: busca representar las interacciones entre las categorías identificadas, a fin de profundizar en cada uno de estos aspectos.

La presente discusión se organizó en 3 secciones: 1) Acerca de las características de la población, 2) Acerca de las barreras, 3) Propuesta de Análisis con base en la Teoría Ecológica de del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner, 1977), que permitió ir más allá de la mera clasificación de barreras y proponer algunas interacciones entre las diferentes categorías especificadas, con miras hacia el desarrollo de futuros estudios.

Como el objetivo principal de investigación fue identificar las barreras en estos tres grupos, a continuación se discutirán dichos obstáculos encontrados en los tres grupos de participantes.

3.2 Acerca de las características de la población

Es importante mencionar que en los lugares con 40% o más de hablantes de lenguas indígenas la marginación se clasifica como muy alta, representando el 85% de marginación (Torres-Poveda, Arredondo-López, Duarte-Gómez & Madrid-Marina, 2008). Por lo cual las comunidades indígenas mexicanas representan el 95.4% de alta a muy alta marginación. En Juchitán 53 mil 226 personas hablan el zapoteco, lo que representa un poco más del 50 % del total de la población (INEGI, 2010). Lo que nos permite concluir que los pueblos indígenas en México continúan en un estado de rezago en cuanto a la salud en general y en particular, respecto a la salud sexual y reproductiva, además que es sobresaliente el trato discriminatorio por parte del personal de salud institucional (CONAPO, 2000).

Por lo que es claro que las mujeres indígenas juchitecas sufren de marginación, en el año 2010 el 60.2% de la población se encontraba en pobreza, el rezago educativo afectó a 27.3% y el 48.9% no tuvieron acceso a los servicios de salud (INEGI, 2010). Existen estudios que reportan que las mujeres de países en vías de desarrollo y de comunidades desprotegidas, no tienen información sobre el CaCu y sobre los servicios de detección oportuna y tratamiento (Cockburn, White, Hirst, & Hill, 1992; Fitch, Greenberg, Cava, Spaner & Taylor, 1998). En la presente investigación hubo un alto grado de desinformación referente a la enfermedad y la prueba, lo que se asocia a las condiciones que rodean a las mujeres indígenas. Por otro lado, el hecho de pertenecer a alguna etnia indígena se asocia a factores de riesgo para la no participación en programas de detección oportuna, al respecto un estudio realizado en Perú, detectó que las mujeres indígenas fueron las más desfavorecidas para realizarse el examen, comparadas con mujeres español-hablantes aún en el nivel socioeconómico más bajo (Barrionuevo-Rosas, 2015).

A diferencia de otros estudios, dónde reportan que la participación de las mujeres indígenas a los programas de detección oportuna del CaCu es baja por las condiciones precarias en las que viven, la marginación y los factores que la rodean (Sosa-Rubí et al., 2009); en esta investigación el personal de salud reportó que las mujeres acuden a los servicios y en muchas ocasiones regresan, lo que lo atribuyen al programa social “Prospera” el cual, a través de su asistencia les aporta apoyo económico, sin embargo, el hecho del retraso en la entrega de los resultados disminuye la confianza y la importancia a la prueba, por lo que las mujeres ya no regresan. Las mujeres reportaron falta de confianza en los servicios de salud por la tardanza en la entrega y el trato recibido. Es de vital importancia que se regularicen los tiempos de espera, y que existan

cito-tecnólogos en la región para disminuir el tiempo de entrega de las pruebas, además de una atención de calidad y respeto.

A pesar de que las pruebas de tamizaje se realizan a lo largo de las clínicas ubicadas en la ciudad de Juchitán, existen mujeres que vienen de otras comunidades para recibir atención médica, además de que en caso de que les diagnostiquen cáncer, éstas son enviadas a la ciudad de Oaxaca para recibir tratamiento. Al igual que en estudios previos (de Charry, Roca, & Carrasquilla, 2008; Garcés-Palacio, Rubio-León, & Ramos-Jaraba, 2014; Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur, & Tamayo-Ramírez, 2007; Vargas, Vázquez, Mogollón-Pérez, & Unger, 2010) esta investigación muestra que los gastos se agudizan en mujeres de bajos recursos, que aunque estén afiliadas a algún tipo de seguridad social, tienen que gastar de sus bolsillos, esto da cuenta de la inequidad en la atención en salud a esta población indígena.

Las consecuencias económicas derivadas de la falta de material y el rechazo a tomarles la prueba y enviarlas a servicios particulares, reflejan gastos por parte de las mujeres para desplazarse a otros centros, pagar un servicio particular y comprar el material, dichos gastos no son asumidos por el sistema de salud, así como el costo que implica el desplazarse a la ciudad de Oaxaca y recibir tratamiento. Esto es consistente con otras investigaciones, en donde las mujeres reportaron complicaciones para conseguir el dinero necesario para pagar los costos (Agüero, 2007).

El VPH es el principal factor de riesgo para desarrollar CaCu, la infección por este virus está relacionada con la edad de inicio de vida sexual (Gawande, Wahab, Zodpey, & Vasudeo, 1998) una de las categorías que emergió en el análisis de contenido fue el inicio de vida sexual a edades tempranas, en donde las niñas son “robadas” por sus novios, desde los 12 años, siendo mayor riesgo comparando con otros lugares como alguna región en Colombia donde reportaron que el inicio de vida sexual es a los 16 años (Vera, López, Orozco, & Caicedo, 2001) o en un sector de Cuba donde es a los 14 (Cortés, García, Hernández, Monterrey, & Fuentes, 1999). Se ha documentado que existe inequidad en la atención sexual y reproductiva de la población indígena y que ésta está influenciada sociológicamente, además de que en cada contexto sociocultural es difícil interpretar los riesgos epidemiológicos (Torres-Poveda et al., 2008) por lo que para tener un mayor conocimiento de los factores de riesgo en poblaciones específicas, en este caso particular en Juchitán, es necesario investigar las características socio-ambientales que rodean la iniciación de la vida sexual de las personas.

Una de las categorías emergentes del estudio reportada por los tres grupos de informantes, fue la asistencia de las mujeres por pertenecer al programa “prospera” esto ha sido reportado por Sosa-Rubí et al. (2009) quienes afirman que las mujeres que son beneficiadas por el programa “Oportunidades” acuden con mayor frecuencia a la toma del Pap que las mujeres que no están inscritas, además que la duración en el programa se asocia con la práctica de la toma del Pap y de la mastografía lo que hace pensar que las mujeres que están incorporadas a dicho programa tienen cierto grado de aprendizaje sobre las pruebas, aunque de acuerdo a dichos autores este aprendizaje puede estar influido por otro tipo de programas de prevención reproductiva que difunden y promueven la práctica de estas pruebas. El personal de salud reportó en este estudio que este programa hace que las mujeres acudan a la prueba por el apoyo económico que les brindan y que por eso también regresan, sin embargo, la tardanza en la entrega de los resultados influye para que las mujeres desconfíen de estos programas y en algunos casos ya no regresen.

3.3 Acerca de las barreras identificadas

3.3.1 Acerca de las barreras estructurales. Dentro de las barreras estructurales, se identificaron 3 categorías similares en los tres grupos de participantes: Organización, presupuesto y conductas del personal de salud. En la categoría de organización se identificó la subcategoría fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados y el código tardanza en la entrega de resultados fue común en los tres grupos. Esto es consistente con otros estudios, el largo tiempo de espera para recibir el resultado del Pap, ha sido ampliamente documentado (Paolino et al., 2011) donde lo describen como uno de los principales obstáculos para que la mujer pueda continuar su atención. Los largos tiempos de espera en los centros y la tardanza en la entrega de resultados se relacionan con la cantidad insuficiente de especialistas, lo que puede traducirse a los pocos recursos destinados al diagnóstico y tratamiento de los resultados citológicos anormales en la comunidad indígena de Juchitán. Por lo que es fundamental, que se destinen recursos suficientes a estos programas. Se ha documentado que los tiempos de espera para ser atendidas y los pocos horarios establecidos para la toma de la muestra afectan de manera negativa la asistencia y seguimiento de las mujeres a los servicios de detección oportuna (Agüero, 2007). Esto es una situación que vulnera los derechos de las mujeres a la salud y a recibir los resultados en un tiempo prudente (4 semanas) (OMS, 2014), lo

que arrojó este estudio es que los tiempos de espera van hasta los tres meses para que se les entregue a las mujeres sus resultados. Las acciones estructurales y de los encargados para agilizar los tiempos son informales y no hay un procedimiento estable, además de tener pocos especialistas para la interpretación de las muestras en todo el estado, enviando las tomas desde la región del Istmo hasta la ciudad de Oaxaca, puesto que no hay cito-tecnólogos en la región. El estructurar y analizar el procedimiento desde la toma de la muestra, la lectura y la entrega de resultados, así como las dificultades que existen en este proceso pueden implementar reformas para reducir los tiempos de espera.

Dos códigos que fueron reportados sólo por el personal de salud dentro de la subcategoría de fallas en los procesos en el envío de las muestras y la obtención de resultados en la categoría de organización fueron la pérdida de seguimiento y el traspapeleo de las muestras. De acuerdo con Paolino et al. (2011) el hecho de que los servicios y los profesionales de salud no posean información relacionada con lo que pasa con el seguimiento y con el tratamiento de las mujeres con resultados anormales del Pap que necesitan diagnósticos y tratamiento refleja importantes fallas en el monitoreo del proceso. El personal de salud reportó que el seguimiento se pierde porque los resultados tardan y cuando llegan, van a visitar a las mujeres a sus casas para informarles de las anomalías, sin embargo, no siempre las encuentran, por lo que el seguimiento se pierde cuando es fundamental que siga. Por lo que es importante que el personal de salud esté enterado y al pendiente del seguimiento de las pacientes e implementen otros procesos más funcionales.

En la categoría de organización tanto las mujeres como los profesionales de salud coincidieron que una barrera importante son los largos tiempos de espera para ser atendidas. Esto es explicado por otros autores Paolino et al. (2011) como resultado de falta de recursos humanos y de espacios específicos para el procedimiento. Esta dificultad fue común en el discurso de los profesionales de salud, ya que reportaron que no hay un espacio exclusivo para la toma de la prueba, es evidente que la solución no está en sus manos, sino que tiene que ser resultado por otras autoridades del sistema de salud, a quienes se les sugiere reorganicen los servicios y los espacios para facilitar la toma de la prueba.

El personal de salud reportó como una barrera de organización, el hecho de no tomar la muestra a las mujeres cuando llegan al servicio, ya sea por la edad, por el horario, por pertenecer a otras clínicas, incluso en casos en que presentan factores y anomalías visibles, lo que dificulta

que las mujeres regresen a los centros de salud, este resultado no ha sido reportado por otros investigadores, lo que refleja que en esta zona se vulneran los derechos de salud a las mujeres indígenas, ya que negar la atención es considerado un hecho discriminatorio. Algunos autores sugieren que brindar la facilidad para la toma de la prueba en las horas de atención (Johnson et al., 2008), acomodar las citas de acuerdo a los horarios en los cuales sea más fácil que las mujeres puedan acudir a realizarse el Pap (Valenzuela & Miranda, 2001), mejorar los procesos y funciones administrativas de los centros de salud, como citar a las mujeres y notificarlas (Abercrombie, 2001) así como tomar la prueba a toda mujer que presente factores de riesgo y surtir el material necesario a las clínicas, puede ayudar a disminuir las barreras referentes a la toma de la prueba en mujeres juchitecas.

Otra de las barreras dentro de la organización que sólo fue reportada por el personal de salud, fueron procedimientos poco funcionales del programa de detección oportuna, en especial el de captura de híbridos, en el cual el personal no tiene la información administrativa necesaria, además de que la requisición de material es complicada y poco práctica ya que la jurisdicción no les brinda el material a las distintas clínicas sino tienen una lista de (10-15) mujeres que se vayan a realizar la prueba, el problema surge cuando acude la mujer a la clínica y le niegan la atención por no reunir el número mínimo de mujeres, por lo que las vuelven a citar y en muchos casos las mujeres no regresan. Esto significa que las mujeres de 23 a 64 años de edad están descubiertas, puesto que en este rango de edad el SS tiene la instrucción de tomarles la captura de híbridos. Esto representa una gran falla estructural. Por otro lado se encontró que la prueba de captura de híbridos fue incorporada en los programas hace poco tiempo y cada clínica tiene información diferente sobre éste. Este resultado es similar a lo reportado en Colombia por Wiesner-Ceballos et al. (2009) quienes documentaron que se reemplazaron los programas ya estructurados a través de normas que dictan acciones de carácter obligatorio. Sin embargo, se demostró que hay una amplia gama en la interpretación de las normas y reglas y una limitación por parte del personal a limitarse a lo que está estrictamente definido. Estas consecuencias de la planificación de normas (Barrenechea & Trujillo, 1987) influyen en la dificultad de modificar y cambiar las acciones una vez que ya están en operación. Por lo que resulta evidente que la planificación de los programas sólo implementa nuevas normas, pero no las coordina ni las controla. Las fallas en los programas de tamizaje son una de las principales preocupaciones en la atención primaria de salud (Murff et al., 2003).

Con relación a las fallas en los procesos, se encuentra la saturación de trabajo en las clínicas de salud pública, lo que fue reportado sólo por el personal de salud, sin embargo esto trae como consecuencia largos tiempos de espera o la necesidad de re-agendar a las mujeres (lo que fue reportado por los tres grupos de participantes), esto puede ocasionar que éstas no regresen. Estos obstáculos son resultado de la mala organización del sistema de salud y de la falta de recursos destinados a los programas de detección oportuna del CaCu (Murillo, 2008). Se ha documentado en otros estudios que el tiempo que espera una mujer para recibir una cita, el tiempo de espera para ser atendida y el hecho de que no haya suficientes horarios para la atención de acuerdo con la demanda se asocia de manera negativa a la oportunidad para un seguimiento (Agüero, 2007). Esto fue reportado por las mujeres con antecedentes de toma de la prueba, quienes manifestaron que el horario de las clínicas es sólo por la mañana y no es suficiente.

Los largos tiempos de espera en los centros y la tardanza en la entrega de resultados se relacionan con la cantidad insuficiente de especialistas, lo que puede traducirse a los pocos recursos destinados al diagnóstico y tratamiento de los resultados citológicos anormales en la comunidad indígena de Juchitán. Por lo que es fundamental, que se destinen recursos suficientes a estos programas. Se ha documentado que los tiempos de espera para ser atendidas y los pocos horarios establecidos para la toma de la muestra afectan de manera negativa la asistencia y seguimiento de las mujeres a los servicios de detección oportuna (Agüero, 2007).

Una barrera consistente reportada por los tres grupos de participantes fue el presupuesto destinado para los programas de detección oportuna, lo que deriva en falta de infraestructura, personal especializado y tratamientos para el CaCu en la comunidad. De acuerdo al personal de salud y a las mujeres, existe falta de especialistas y personal preparado para la toma de la prueba en las clínicas del SS. El personal de salud además informó que padecen de falta de espacios específicos para la toma de las muestras y para dar pláticas educativas, así como falta de equipo para poder realizar su trabajo. Además de falta de material y medicinas lo que fue mencionado por los profesionales de la salud y por las mujeres con experiencia en la toma. Estos resultados son semejantes a lo reportado por Tejada-Tayabas, Hernández-Ibarra, & Pastor-Durango, (2012) quienes en un estudio en San Luis Potosí, México, encontraron que los prestadores de servicios perciben como una debilidad del programa de detección oportuna del CaCu la falta de personal preparado en los centros de salud y la falta de un espacio específico para la toma de las muestras; por estas razones, en muchos casos se vuelve a citar a las mujeres en fechas posteriores con el

riesgo de que las mujeres no regresen. Lo descrito previamente ocasiona dificultades en brindar una atención oportuna y provoca demoras en la atención a las mujeres, factor para que la enfermedad avance. De acuerdo con Garcés-Palacio, Rubio-León y Ramos-Jaraba (2014) lo anterior, se traduce a una violación a sus derechos de salud.

Dentro de las barreras estructurales reportadas en los tres grupos, se identificó la conducta del personal de salud como un obstáculo para la asistencia y la toma de la prueba, la relación entre los trabajadores de salud y las mujeres fue un factor comúnmente reportado como un obstáculo, en específico el mal trato del personal, un trato frío o poco empático y falta de información, lo que genera desconfianza y poca satisfacción por parte de las usuarias hacia los centros de salud y sus trabajadores. Esto ha sido reportado por Huamán (2010) quien describe que lo anterior puede influir en la decisión de las mujeres para no adoptar conductas preventivas para su salud y no acudir a los centros de detección oportuna del CaCu. Por lo anterior, resulta fundamental y esencial que los trabajadores de la salud sean sensibilizados para brindar una atención de calidad, resolver las dudas de las mujeres juchitecas así como ser empáticos hacia sus temores, lo que en definitiva influirá en la satisfacción de las pacientes.

De igual manera la conducta del personal de salud repercutió en la desconfianza que reportaron las mujeres en ambas fases de la investigación hacia los centros públicos, las mujeres con experiencia en la prueba comentaron sentir desconfianza por ser tratadas por médicos pasantes, por negligencia por parte del personal el cual no había detectado a tiempo la enfermedad en algunas conocidas y por percibir que su trabajo lo hacen a disgusto. Esto ha sido documentado por Garcés-Palacio et al. (2012) quienes manifestaron que el grupo de mujeres que se había sometido al examen reportó desconfianza por experiencias negativas con relación al personal de salud, en especial por los médicos jóvenes o practicantes y por la atención recibida, por esta cuestión reportaron sentir más confianza al ser atendidas por médicos mayores y en centros privados. Lo que fue encontrado también en esta investigación, las mujeres manifestaron sentir más confianza y preferencia por ser atendidas por médicos particulares, sin embargo, no todas tienen la posibilidad de pagarlo.

A través del estudio de campo, se encontró que las actividades del primer nivel de atención dónde se realiza el tamizaje, segundo nivel de atención encargado del diagnóstico y el tercer nivel el tratamiento, se encuentran en diferentes clínicas e incluso en distintas ciudades. El hecho de que envíen a las mujeres a recibir atención a la ciudad de Oaxaca o la ciudad de México fue

reportado sólo por parte de las mujeres, no así del personal de salud, quien no lo percibe como una barrea para el seguimiento. Sin embargo, lo anterior genera una clara limitación para el personal encargado de brindar seguimiento y acompañamiento en el proceso del diagnóstico y de la enfermedad que puede facilitar la atención y la confianza en las mujeres. Lo anterior no es exclusivo de los programas de tamizaje de CaCu, se ha reportado por otros autores en distintos tipos de enfermedades (Abadia & Oviedo, 2009; Arbelaez et al., 2004).

En algunas investigaciones que se han realizado con otras poblaciones, se ha documentado que algunas barreras estructurales que dificultan el acceso a la toma de la citología cervical, son la sobrecarga del sistema de salud (Badr et al., 2012) y la falta de organización dentro de éstas (Giraud, Discacciati, Bakalar, Basualdo, & Dreyer, 2011) entre otras. En este estudio fueron comunes ambas, lo que se traduce a constantes paros de labores y a una clara barrera para que las mujeres acudan. Esto refleja los problemas institucionales que existen en el mencionado sector como falta de insumos, de personal, de adecuada infraestructura, etc. lo que repercute directamente en la salud de las mujeres. Es por ello, que es fundamental seguir investigando sobre las deficiencias institucionales y las mejoras que se pueden hacer a nivel estructural. Además, fue clara la culpabilización del personal médico hacia las mujeres por la inasistencia a los programas, cuando es claro que existen problemas estructurales que también evitan que las mujeres acudan.

Una de las barreras que fue reportada sólo por el grupo de mujeres que se habían realizado la citología cervical, fue el papel de la iglesia evangélica, el cual marcó una diferencia y enriqueció la categoría estructural. Fue claro que el papel que tiene la iglesia fungió como una barrera, ya que está permeando el mensaje acerca de la infección del VPH, afirmando que ésta da por tener “muchas relaciones sexuales con el marido” información que se genera en la iglesia y pasa a la comunidad. Lo que hace que las mujeres no acudan a los centros de salud, puesto que en los últimos tiempos no han tenido vida sexual, desconociendo que el virus puede adquirirse incluso desde la primera relación sexual. El que la iglesia haya aparecido como un obstaculizador, es una evidencia de que falta teoría al respecto, ya que no se encontraron investigaciones que toquen este tema. Por lo que se puede inferir que el proceso de evangelización en la comunidad es una barrera para que las mujeres accedan a tomarse el Pap que necesita ser investigado.

Todo lo descrito anteriormente es resultado de la burocracia tan compleja que está implícita en la organización del sistema de salud de Juchitán, lo que se ha reportado también en otros

estudios y que limita el acceso a los servicios de salud, atrasa la atención y trae consecuencias negativas para la vida de las mujeres (Abadía & Oviedo, 2009; Ruiz & León, 2010). Es fundamental mirar las desigualdades en salud en esta población, ya que el hecho de negarles la atención, no otorgar suficiente presupuesto para los programas, no ser sensibles a las particularidades de la población es un acto de abandono y discriminatorio.

3.3.2 Acerca de las barreras psicosociales. Con relación a las barreras psicosociales, la categoría que emergió en los 3 grupos de informantes fueron las características sociodemográficas, la edad, por ejemplo, fue reportada como una barrera en los tres grupos. El personal de salud y las mujeres con experiencia en la toma de la prueba, no llegaron a un acuerdo relacionado a si las mujeres de generaciones más jóvenes o más grandes son las que tienen mayor resistencia a la prueba. Por su parte las mujeres de ambas fases reportaron que las mujeres de generaciones más grandes acuden menos a la prueba. Por lo que se evidencia que no existe un consenso relacionado a la edad en la presente investigación. La edad ha sido ampliamente documentada como un factor asociado a la toma del Pap en Estados Unidos por ejemplo, el Instituto Nacional del Cáncer (s/f) informó que más de la mitad de las mujeres mayores de 65 años no se habían realizado la citología cervical en los últimos 3 años. Al respecto Medrano (2015) encontró que la edad de las mujeres de entre 20 y 29 años se asocia con la negación a la toma del Pap. En otro estudio Castillo et al. (2013) refirieron que las mujeres mayores de 29 años de edad tienen una actitud más positiva y acuden más a la toma del Pap. En un estudio de Romero, Guiscafré y Santillana (1997) encontraron que las mujeres menores de 35 años de edad son las que menos se realizan la prueba, lo cual es de vital importancia ya que el CaCu se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 35 a 44 años de edad (Lazcano-Ponce, Moss, de Ruíz, Castro, & Avila, 1999). Por lo anterior se deduce que no hay un convenio referente a la edad y la toma del Pap, esto puede explicarse por las diferencias culturales y sociales en cada grupo de mujeres investigadas, por lo que se requieren programas de detección oportuna enfocados a cada grupo de edad.

Otra de las barreras dentro de la categoría de características sociodemográficas fue el nivel educativo, este lo asociaron los tres grupos de informantes quienes reportaron que el bajo nivel educativo se relaciona con una pobre asistencia a la toma del Pap esto es importante debido a que en la ciudad de Juchitán existen 10 063 indígenas mayores de 15 años (CDI, 2000) con

analfabetismo. Este resultado es consistente con lo que reportan Huamaní, Hurtado-Ortega, Guardia-Ricra y Roca-Mendoza (2008) en dónde encontraron que el bajo nivel educativo está asociado con pobre conocimiento y con una actitud negativa hacia la toma de la citología cervical. En concordancia con otros resultados, el indicador bajo nivel educativo fue uno de los que tuvieron mayor fuerza en la asociación con la falta de asistencia a estos programas (Hernández-Hernández et al., 2007) en otras investigaciones reportan que el 70% de las mujeres que no tienen escolaridad, manifestó la misma conducta relacionada a la detección oportuna (Hernández-Hernández et al., 1998). Algunos autores (Bell, 1998; Orians et al., 2004) sugieren que los medios de información masiva y algunas otras estrategias educativas son importantes, puesto que se ha visto que tienen la capacidad de aumentar la tasa de respuesta para acceder a los servicios médicos preventivos sin importar la desventaja económica de la población.

El factor económico dentro de las características sociodemográficas, fue visto como una importante barrera en las tres fases, en donde reportaron que las mujeres no tienen los recursos para pagar un médico particular y no tienen otra opción más que utilizar los servicios públicos, sin embargo, en muchas ocasiones las clínicas no tienen el material necesario, o no les toman la prueba por la edad, por lo que las envían a servicios particulares con el riesgo de que las mujeres no puedan pagar esos servicios y no se realicen la prueba. Los trabajadores de la salud identificaron además como barreras el nivel económico de las mujeres para que las mujeres no regresen a los servicios de salud y a seguimiento. En otros estudios se ha estudiado si la influencia del ingreso económico influye en la decisión de toma del Pap encontrando resultados opuestos, en algunos estudios se ha observado que no hay influencia (Farfán-Muñoz et al., 2004; Medrano, 2015) a diferencia de otros resultados en los cuales si han encontrado asociación significativa entre el índice de riqueza (de medio a muy rico) con la aceptación de la prueba (Gutiérrez, Romaní, Ramos, Alarcón, & Wong, 2010; Quintana, 2000). Este factor es muy importante ya que esta investigación arrojó a la luz que en la población zapoteca de Juchitán existen características sociales específicamente económicas que dificultan e impiden la toma del Pap. Las condiciones socioeconómicas y políticas que operan en la región comprometen la promoción de la salud individual de las mujeres.

Es de tomar en cuenta que una de las categorías que emergió más frecuentemente del análisis de contenido en los tres grupos fue la percepción de los trabajadores de salud y de las mujeres acerca de la falta de conocimiento que éstas tienen sobre la enfermedad, el VPH, la prueba, el

procedimiento y los beneficios. Estos resultados concuerdan con diversos estudios (Markovic et al., 2005; Ogedegbe et al., 2005, Urrutia et al., 2008) en los cuales han detectado que la falta del conocimiento relacionado con la prueba, es uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se la toman. Además se ha evidenciado que hay malos entendidos sobre el significado de la prueba y la enfermedad, lo que dificulta además la comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud (Blake, Weber, & Fletcher, 2004). Esta concordancia entre los grupos de participantes, nos lleva a pensar que la falta de información es un problema real, que necesita ser abordado para aumentar el nivel de conocimiento acerca de la importancia de la prueba, haciendo un mayor énfasis en las mujeres que no se lo han realizado. Sin embargo, es importante mencionar que los trabajadores de la salud, de alguna manera culpan a las mujeres por no estar informadas, cuando la falta de conocimiento puede deberse en gran medida a la falta de eficacia de los programas de difusión por parte del estado y del sector salud, por lo que es fundamental poner atención y esfuerzo en la manera en que se están realizando dichos programas. Con relación a la falta de información y a las redes de comunicación, se ha reportado que el proveer información, incrementar el conocimiento y la conciencia acerca del CaCu y estimular conductas saludables y preventivas en las mujeres en riesgo con edades de 30 a 50 años de edad, en particular en lugares donde los recursos de salud son limitados, resulta eficaz (Herdman & Sherris, 2000; Jameson, Sligo, & Comrie, 1999).

Fue común la percepción del desconocimiento de síntomas en los participantes, ya que los tres grupos de informantes reportaron que para las mujeres, el CaCu es una enfermedad asintomática y no acuden a los servicios médicos sino presentan algún síntoma como dolor, sangrado o flujo vaginal. Sin embargo, la ausencia de síntomas asociados a los primeros estadios de la enfermedad es importante, ya que ha sido documentado que las mujeres no asisten o tienden a aplazar la toma del Pap cuando se sienten bien, lo que ha sido descrito como una manera de procrastinación (Agurto et al., 2004; Van, MacQuarrie, & Herbert, 2003; Wiesner-Ceballos, Cendales, Murillo, Piñeros, & Tovar-Murillo, 2010). El hecho de que las mujeres acudan a los servicios sanitarios sólo cuando aparece un problema de salud o se sienten enfermas se ha considerado como un acto negligente y de descuido (Agurto et al., 2004; Goldman & Risica, 2004). Sin embargo, no hay que olvidar que también hay fallas estructurales, las cuales tienen que ver con los programas de difusión y con la información que el personal de salud debe dar a las mujeres, ya que el hecho de considerarlo un acto de descuido sólo por parte de las mujeres,

implica no responsabilizar a una parte importante del problema. En este contexto, la educación por parte del personal de salud y de las instituciones sobre los beneficios y propósitos de la prueba así como de la enfermedad puede ser benéficos para derribar estas barreras.

Le desinformación referente a la periodicidad de la prueba, la enfermedad, los tratamientos del CaCu y las diferencias entre la colposcopia y el Pap fue detectada sólo por las mujeres entrevistadas. El desconocimiento relacionado con la enfermedad, las causas, los factores de riesgo y pruebas de detección oportuna es una de las principales limitantes para que las mujeres acudan a recibir atención oportuna, como lo discuten diversas investigaciones en Perú y la Ciudad de México (Adachi-Sasaki, 1972; Poblano-Verástegui, Figueroa-Perea, & López-Carrillo, 2004; Zaravia, Roxana, Valdeiglesias, Saco, & Mejía, 2000) las cuales señalan que la falta de información acerca de la enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de atención así como miedos y temores vinculados con la enfermedad, lo que es un factor que influye en el diagnóstico.

En los tres grupos de participantes apareció el miedo a tener algo “malo” como un cáncer como una barrera importante para no acudir, lo que coincide con otros estudios en los que se reporta que las mujeres no acuden por experimentar miedo (Abercrombie, 2001) por ejemplo, el miedo a que les den un diagnóstico de cáncer también ha sido descrito por otros investigadores (Byrd, Chavez, & Wilson, 2007; Smith, French, & Barry, 2003). Es importante mencionar que la información relacionada con los posibles resultados que pueda arrojar la prueba, pueden disminuir el miedo de la mujer, ya que no siempre son negativos y si hay resultados de alguna patología, existen tratamientos para evitar el desarrollo del cáncer. Por lo que diseñar campañas informativas adecuadas es primordial. Por otro lado el miedo al dolor también ha sido investigado en otros estudios (Sagarduy et al., 2013) en la presente investigación fue común que las mujeres y el personal de salud, reportaran que no acuden por miedo al dolor que les pueda generar la prueba o incluso las mujeres que han acudido previamente a la toma, la describen como dolorosa, lo que obstaculiza el seguimiento y futuras tomas, es curioso que en algunos estudios este miedo al dolor lo reportan como falta de conocimiento asociado al procedimiento (Urrutia et al., 2008) al igual que los profesionales de la salud del presente estudio, sin embargo, en la presente investigación la experiencia de las mujeres ante la prueba fue reportada como dolorosa, por lo que es fundamental que en los centros de salud y los trabajadores que atienden a

las mujeres juchitecas, sean sensibles ante el tema para prevenir situaciones de incomodidad y brindar mayor confianza a las usuarias.

Las mujeres en ambas fases de la investigación reportaron miedo a descubrir que su marido les hubiera contagiado alguna enfermedad y las mujeres que nunca se tomaron la prueba miedo a enterarse que el marido les haya sido infiel. Esto no ha sido encontrado en otros estudios, lo que arroja un avance en las categorías psicosociales y culturales en la teoría descrita. Este miedo puede deberse a características muy particulares de la población. De acuerdo con Miano (2002) en Juchitán existe un control social sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, en donde ésta es mucho más permisiva para los hombres, lo que puede arrojar una explicación al miedo referido.

El miedo a no saber en qué consistía la prueba, fue reportado sólo por las mujeres que no se había tomado la prueba. En la literatura no está especificado este tipo de miedo, ya que sólo es descrito como miedo a la prueba sin aclarar que se debe al desconocimiento del procedimiento. Este resultado hace evidente que en Juchitán existe un alto desconocimiento con relación a la prueba y su procedimiento, lo que funge como una barrera. Se ha reportado que el escaso conocimiento de las mujeres acerca del CaCu, sus causas y prevención se debe a la escasa información y educación por parte de los trabajadores de salud (Van Til et al., 2003).

El presente estudio arrojó que las mujeres que se habían tomado el Pap reportaron una mala experiencia con la prueba, como dolor, miedo, incomodidad e incluso incapacidad para relatarla, lo que modifica su percepción hacia ésta y dificulta su regreso, lo cual ya ha sido documentado por otros autores (Chingang, Bischof, Andall-Brereton, & Razum, 2005; Oscarsson, Wijma, & Benzein, 2008), esto se explica como una respuesta esperada asociada a experiencias previas que pueden asustarlas, como las que se dan en el ámbito hospitalario en donde se recibe poca información antes y después del procedimiento (Romaní-Romaní, Quispe-Huayta, & Rodríguez-Briceño, 2007; Wiesner-Ceballos et al., 2006) por lo que es de suma importancia que en los centros de salud y en los consultorios se brinde suficiente información referente al proceso y a los posibles resultados, en particular a las mujeres que acuden por primera vez o que hayan tenido o escuchado experiencias desagradables. Además la intervención podría ser orientada a superar el dolor y la incomodidad durante la toma del examen.

Uno de los factores psicológicos reportados sólo por las mujeres que se habían realizado la prueba fue la baja autoestima, lo que asociaron con una baja participación en estos programas.

Esto es consistente con otros estudios (Cruz, 1988; Quintana, 2000) quienes manifiestan que la autoestima se relacionó positiva y significativamente con la práctica de la detección oportuna del CaCu. El estudio de Quintana (2000) fue con mujeres de nivel socioeconómico alto, por lo que quizá las mujeres de estos niveles socioeconómicos tienen más valía de sí mismas. Este dato es importante ya que no existen investigaciones que asocien el nivel de autoestima en mujeres indígenas y la toma del Pap. Sin embargo, es importante mencionar que ni el personal de salud ni las mujeres que no se habían realizado la prueba reportaron la autoestima como una barrera, de acuerdo con Dalton (2010), las mujeres juchitecas son admiradas por personas del exterior lo que ha fortalecido su identidad y ha aumentado su autoestima, por lo que se sugieren más investigaciones relacionadas al tema para saber si ésta es una barrera en la comunidad.

Por otro lado, ambos grupos de mujeres consideraron la falta de cuidado como una limitante y mostraron falta de interés en saber del tema, lo que ha sido documentado por otros autores (Camargo, 2001; Tamayo, Chávez, & Henao, 2009) sin embargo, éstos a diferencia del presente estudio no consideran al autocuidado como una barrera exclusivamente individual, ya que reportan que éste es una construcción colectiva en la que interactúa la familia, la pareja, los amigos e incluso los medios de comunicación. Es importante tomar en cuenta lo anterior al momento de diseñar campañas de difusión e información, las cuales tienen que ser diseñadas para llegar no sólo a la mujer, sino a la comunidad. Por lo que considerar la norma social para la construcción de significados específicos, implica incorporar acciones acerca de las maneras en que se proponen las prácticas de autocuidado (Castro, 2008). Por otro lado, sería interesante investigar si las barreras estructurales influyen en esta falta de motivación, por lo que se sugiere que futuras investigaciones indaguen sobre el tema.

3.3.3 Acerca de las barreos culturales. Con relación a las barreras culturales, una de las categorías que fue percibida por los tres grupos de informantes como una limitante para que las mujeres acudan a la toma de la prueba, fue la actitud de la pareja ante ésta, quienes no dejan acudir a las mujeres a estos programas. Estos resultados fueron consistentes con los arrojados por Huamán (2010) y Tamayo et al. (2009) quienes encontraron que un factor cultural para que las mujeres no accedieran a la toma de la prueba fue la oposición por parte del marido, lo cual tiene una gran influencia en la mujer puesto que la reacción de la pareja puede ejercer cierto grado de violencia en cualquiera de sus tipos. Este rechazo fue detectado en esta investigación,

especialmente en parejas de mayor edad, en contraste, en las parejas más jóvenes, los hombres si bien no proyectan oposición al examen, tampoco muestran apoyo de ningún tipo, (lo que fue manifestado por ambos grupos de mujeres), revistiendo una significativa apatía a la enfermedad per se, lo que puede ser también una barrera para la toma. Al respecto Vela y Zabala (2011) y Huamán (2010) encontraron que el apoyo de la pareja se asoció positiva y significativamente en la aceptación de la prueba, preocupación por que la mujer se tome el Pap y recoja los resultados; concluyendo que el apoyo de la pareja fue el factor más influyente de todos los indicadores que estudiaron. De esta manera se considera prudente incluir a los esposos en las campañas de difusión y de información, para lograr una actitud más favorable ante la prueba, además se ha visto que si ellos saben que su salud está en juego, manifiestan mayor importancia a la prueba (Zelaya & Munguía, 2008).

Al respecto de la actitud de la pareja ante la prueba, los trabajadores de salud y las mujeres con experiencia en la prueba manifestaron molestia por parte de éste, además de pedir entrar al consultorio a presenciar el examen. Los trabajadores de los centros públicos reportaron que no permiten que los esposos entren, a diferencia de los privados quienes acceden en aras de que la mujer pueda realizarse la prueba. Esto no ha sido reportado por otros investigadores, por lo que se sugiere que se hagan más estudios que indaguen si la presencia del esposo en la prueba aumenta su aprobación e información sobre la importancia del estudio.

En cuanto al tabú de la sexualidad tanto los trabajadores de salud como las mujeres de ambas fases manifestaron que los sentimientos de vergüenza, pena y pudor son comunes como limitantes para la prueba. La vergüenza que se presenta, se asocia a la exposición de los genitales durante la realización del Pap (los médicos de este estudio reportaron que las mujeres presentan dificultad para bajarse la ropa interior) (Fernández-Esquer & Cardenas-Turanzas, 2004; Ho et al., 2005; Smith et al., 2003) puesto que en esta comunidad impera la enseñanza de que nadie te puede tocar o ver tu partes íntimas a excepción de tu pareja, algunas de las mujeres incluso señalaron que sería más factible acudir si el método no fuera tan invasivo y vergonzoso, lo que coincide con el estudio de Byrd et al. (2007). Estas situaciones de vergüenza y pena podrían suavizarse si los profesionales de la salud les brindaran una atención empática y cuidadosa. El poco cuidado por parte de éstos hacia las mujeres, ha sido reportado como una barrera por otros autores (Wiesner-Ceballos et al., 2006). De igual manera en esta investigación los tres grupos de participantes identificaron como un obstáculo ser atendidas por profesionales varones, lo que

aumenta la vergüenza que las mujeres sienten ante el procedimiento, lo que también ha sido reportado en otros estudios como una barrera (McFarland, 2003; Urrutia et al., 2008). Es importante tener en cuenta que si las mujeres no se sienten cómodas con el personal de salud o con el entorno, es difícil que ellas quieran regresar a conocer los resultados así como tener seguimiento. Por lo antes descrito se sugiere una mayor educación sexual en casa y escuelas, así como fomentar la confianza por parte de los profesionales de salud, la que parece aumentar cuando éstos son mujeres. Estudios reflejan que las usuarias prefieren enfermeras y doctoras mujeres para la toma de la prueba (Lazcano-Ponce et al., 1999). Por lo que aumentar el número de mujeres dedicadas a la toma de la citología cervical podría fomentar la participación de las mujeres juchitecas en los programas.

Dentro de este estudio algunos aspectos que emergieron dentro de las barreras culturales, fueron las costumbres y cosmovisión como las creencias, las prácticas con medicina tradicional, además de la lengua. Es de suma importancia aclarar que en esta investigación no se culpabiliza a la cultura, sino a la falta de adaptación de los programas de salud a las diferencias culturales que existen en esta comunidad.

Bajo este precepto, los tres grupos de informantes reportaron común el uso de medicina tradicional y de parteras. Sin embargo, es importante aclarar, que los profesionales de la salud lo perciben como una barrera para que las mujeres acudan a la toma del examen, puesto que primero buscan la medicina tradicional lo que hace que se atrase el diagnóstico oportuno. No así las mujeres, quienes reportaron hacer uso de parteras y de medicina tradicional sin ser percibido como un obstáculo. De igual manera se evidenció que el uso de las parteras no sólo es en el embarazo y parto, sino también en otro tipo de enfermedades, lo que fue reportado también por (Chávez & Voss, 2012) quienes manifiestan que hay un reconocimiento de su autoridad en la comunidad, por lo que éstas opinen acerca de las enfermedades, sean los mismos conceptos que maneja la medicina occidental o no, tienen un papel importante en la comunicación con la población local Van (1979), manifiesta que la tardanza en la atención alópata por la medicina o remedios tradicionales, es importante en el desarrollo del CaCu, sin embargo, en el estudio de Chavez y Voss (2012) las parteras de la cultura maya en Quintana Roo, envían a sus pacientes a los centros médicos, reconociendo su límites tanto cognitivos como técnicos, pero los profesionales de la salud no lo hacen. De acuerdo con Van (1979) a nivel estructural ha habido iniciativas por parte de las instituciones de salud, del gobierno y de médicos privados para

entablar comunicación con la medicina tradicional, no obstante, esta comunicación no ha podido establecerse de manera continua. Además los profesionales de la salud difícilmente reconocen sus propias limitaciones y no aceptan un tratamiento complementario. En la comunidad juchiteca no se ha investigado la comunicación entre parteras y trabajadores de la salud, lo que es importante, tras la evidencia de que éstas tienen un reconocimiento social.

Fueron comunes los prejuicios y estigmas que imperan en la sociedad juchiteca, los cuales se reportaron por el personal de salud y por las mujeres con antecedentes en la toma de la prueba, como el prejuicio hacia las mujeres solteras que acuden a estos programas, lo que limita a éstas a asistir. Byrd, Peterson, Chavez y Heckert (2004) encontraron que uno de los obstáculos para que las mujeres se realizaran el Pap fue la idea de que las mujeres solteras que se hicieran la prueba serían vistas como mujeres sexualmente activas. Lo anterior en una comunidad como Juchitán en donde aún existen prácticas que enaltecen la virginidad femenina como un requisito para el matrimonio, se vuelve una barrera fundamental.

Se evidenció que los roles de género actúan como una barrera para que las mujeres accedan a la toma de la prueba, ya que las mujeres anteponen las necesidades de los demás y postergan sus necesidades incluida la de la salud por priorizar a sus familiares, la atención en el hogar y el trabajo, dejando al final sus propias necesidades en detrimento de su propio cuidado. Esto fue sólo reportado por los dos grupos de mujeres entrevistadas, no así por el personal de salud. Las frases como “hay que hacer sacrificios como mujer” fueron comunes. El hecho de posponer sus necesidades por la familia, corresponde al rol que las mujeres cumplen al interior de ésta y de la sociedad. Investigaciones reportan que las mujeres postergan el estudio por barreras impuestas por la familia (Basu et al., 2006) al analizar el concepto de género y política de salud, se dice que la mujer soporta la carga social de la responsabilidad de los niños, los enfermos, etc. (Basu et al., 2006; Standing, 2000). Lo que fue reportado por las mujeres de esta investigación. De acuerdo con Abercrombie (2001) todo lo que incluye el cuidado de los hijos es una de las causas que influyen en que las mujeres decidan no realizarse el Pap. Por lo que involucrar a los hombres en el cuidado de los niños y en las labores del hogar, puede ser una medida a mediano-largo plazo para que las mujeres acudan, así como medidas destinadas a reducir los tiempos de espera los cuales también fueron reportados como una barrera importante, pueden ser clave para que las mujeres se acerquen a los centros de salud.

Las barreras idiomáticas fueron reportadas por los tres grupos entrevistados, lo que es consistente con otros estudios, los cuales reportan que las mujeres pertenecientes a alguna etnia indígena en Perú comparten dichas barreras (Barrionuevo-Rosas, 2015; Barrionuevo-Rosas, Palencia, & Borrell, 2013) éstas disminuyen la capacidad de la comunicación efectiva sobre la importancia de la toma de la prueba para la detección oportuna del CaCu, así mismo, hace muy complicado el intercambio del conocimiento y la información acerca de la enfermedad y del examen a las mujeres indígenas. En tal sentido, se ha reportado que para lograr un correcto intercambio de información y conocimiento, es fundamental que los medios masivos de comunicación (Barrionuevo-Rosas, 2015) e incluso los programas de salud, sean contextualizados a nivel sociocultural a la comunidad indígena a la que se dirigen, para poder informar acerca de la toma de la prueba, de los posibles resultados, del seguimiento y del envío a otros centros médicos en caso de algún diagnóstico sospechoso de cáncer o de lesiones precancerosas. Además resulta evidente que si bien los profesionales de la salud no hablan el zapoteco, existan traductores dentro del sector salud, así como que sean sensibilizados acerca de las particularidades de la población para poder entablar un ambiente de confianza.

Por último, la falta de apoyo social fue vista como una importante barrera para las mujeres que no han acudido a realizarse el examen, quienes reportaron que si tuvieran el apoyo de familiares o personas cercanas sería más fácil acudir a estos programas. Este resultado es consistente con el realizado por Garrett y Barrington (2013) quienes encontraron que el apoyo social es un factor para motivar a las mujeres a realizarse la prueba, a este respecto otro estudio evidenció que el apoyo social de tipo emocional se asoció con la participación de las mujeres en la toma del Pap (Gamarra, Araújo, & Harter, 2009). Por lo que es importante tomar en cuenta que los modelos de apoyo social deben ser integrados a las intervenciones enfocadas a la participación de las mujeres en la toma del Pap a nivel comunitario. A este respecto Larkey et al. (2012) encontraron que las intervenciones educativas realizadas por promotoras tanto a nivel individual como grupal fueron eficaces en reclutar pacientes para la toma del examen.

3.4 Propuesta de análisis de resultados, una visión a través del Modelo Ecológico Social

Con este trabajo se identificaron las barreras que obstaculizan la toma de la prueba en la población entrevistada, parecería pertinente ahondar en ellas profundizando estos hallazgos desde el Modelo Ecológico Social (MES) de Bronfenbrenner (1977), estas barreras se enriquecen

con el proceso que juegan los vectores y las interrelaciones de factores cruciales en los que está inmersa la mujer, Bronfenbrenner (1977, 1986).

Al seguir el MES se identificaron 3 subsistemas al ser los más vinculados con la problemática bajo estudio: el microsistema, el mesosistema y el macrosistema. A continuación se describe la ubicación de las barreras detectadas durante las entrevistas dentro de los tres subsistemas abstraídos del modelo ecológico de desarrollo humano (Bronfenbrenner 1977):

1. Microsistema: Es el nivel en donde el individuo está inmerso, incluye los comportamientos, roles, relaciones característicos de los contextos cotidianos, en el caso de las mujeres juchitecas habrá que considerar lo siguiente: Características Sociodemográficas, información de la mujer acerca de la prueba y la enfermedad, actitudes/emociones de la mujer, actitudes de la pareja ante la prueba, experiencia de la prueba.

2. Mesosistema: Aquí se consideraron las interrelaciones que establecían los participantes (mujeres y servidores de salud) en dos o más entornos donde participaban de manera activa. Las dimensiones que se tomaron en cuenta fueron dos: Información de pares, falta de apoyo social.

3. Macrosistema: Dentro de este subsistema se consideraron cinco dimensiones, referidas a la interacción cultural, política y normas sociales: Organización, presupuesto, conductas del personal de salud, campañas e información por parte del sistema de salud, problemas laborales y sociales.

En adición de los tres subsistemas referidos, con sus correspondientes dimensiones, se identificaron cuatro procesos, que atraviesan los tres subsistemas mencionados: (a) los roles de género, (b) el tabú de la sexualidad, (c) la lengua y (d) las costumbres/cosmovisión. La siguiente figura representa las dimensiones abstraídas de las entrevistas, así como los cuatro procesos que transitan por los subsistemas identificados (ver figura 5).

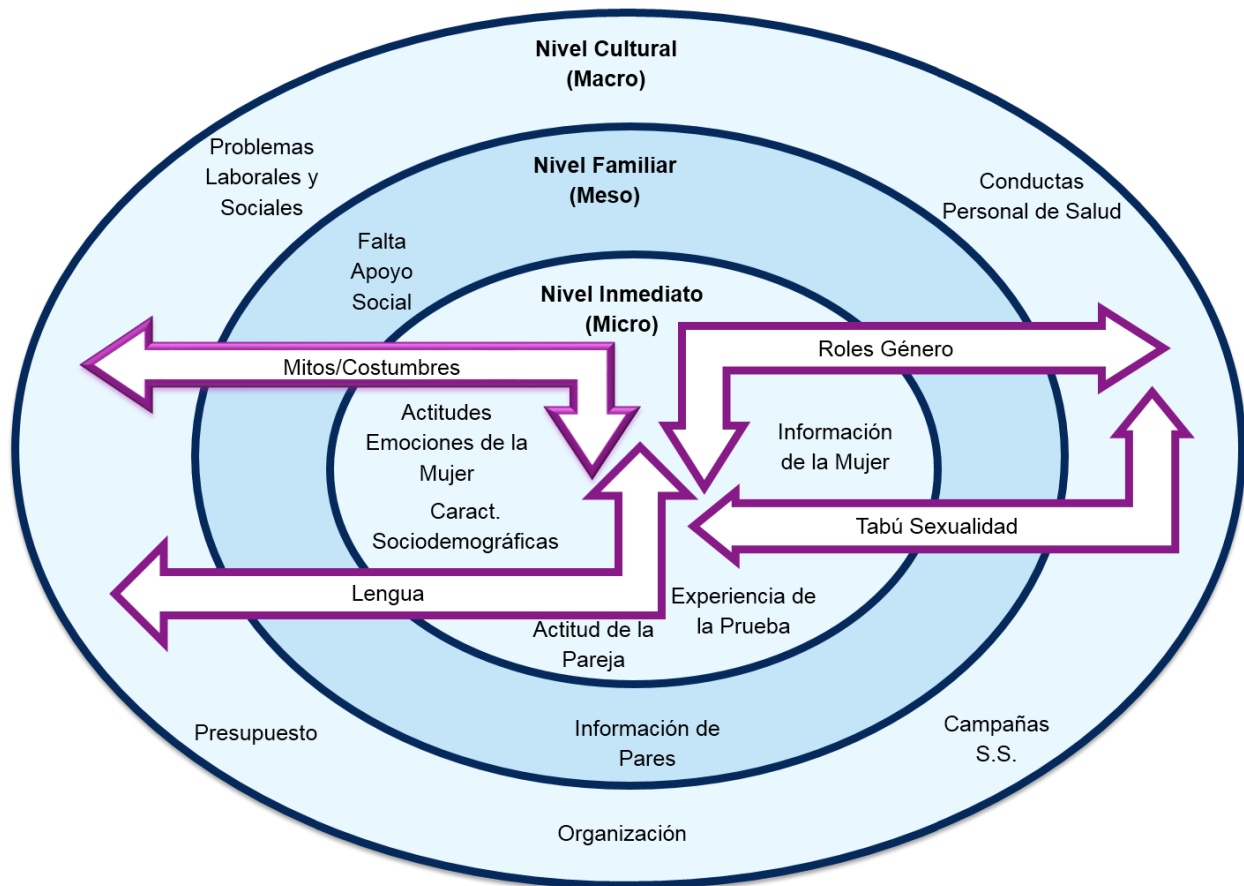


Figura 5. Representación esquemática del Modelo Ecológico Social y las barreras para la toma de la citología cervical (MES-BaCiCe).

Como puede apreciarse en la figura 5, se ubican las barreras derivadas de las entrevistas de una manera natural en cada subsistema, lo cual da una clara idea de las transacciones sociales a las que hacen referencia. En razón de que ya se abundó en las barreras derivadas de las entrevistas, en esta sección solamente se precisará sobre los procesos que atraviesan los subsistemas identificados, con el consecuente impacto sobre las barreras ya descritas.

Valga comentar que a estos procesos dentro de un espacio vital como el que se busca representar en la Fig. 5, se pueden denominar vectores. De acuerdo con Lewin (1957) los vectores son procesos complejos que dan forma y caracterizan el espacio vital donde se desenvuelve el sujeto. Por ello se identificaron cuatro vectores: Lengua, tabú de la sexualidad, roles de género, mitos-costumbres

Con relación a los vectores de comunicación que se identificaron en el modelo anterior, se puede observar que estas barreras no son estáticas, la lengua por ejemplo, es uno de los que

atraviesa todos los sistemas. Al no tener las mujeres las habilidades para expresarse en castellano, es claro que la calidad y claridad en la comunicación representan un desafío y potencialmente obstáculos para poder vincularse con los profesionales de la salud, sin embargo, los vicios del sistema hacen que las mujeres que en realidad son vulnerables y vulneradas, aparezcan como sujetos responsables e ignorantes cuando existe una corresponsabilidad tanto de las usuarias como derechohabientes del sistema de salud como del Estado que debería asumir un papel más activo y responsable en relación a la capacitación y sensibilización de los trabajadores de la salud, antes de enviarlos a las zonas indígenas.

Por su parte, las costumbres/cosmovisión que comprenden los prejuicios, los mitos, las creencias y el uso de medicina tradicional, son elementos que influyen en los procesos de socialización. Hay creencias, prejuicios y prácticas tradicionales que se alimentan en el colectivo. Sin embargo, quien tiene la mayor carga de responsabilidad dentro de una interacción jerárquica es quien tiene el conocimiento y los recursos, en este caso es el Estado. En consecuencia, es el Estado quien tiene la responsabilidad de adaptar políticas públicas a las particularidades de la población. Si existieran programas sociales de difusión, sensibilización y organización social, adaptados a las particularidades idiosincráticas de la población focal a la que van dirigidos, se incrementaría la eficacia en la transmisión de la importancia de la prueba y del autocuidado. Es factible prever entonces que las mujeres permearían la información recibida a sus entornos y se cuidarían entre sí.

Otros vectores importantes que son trans-sistémicos son el tabú de la sexualidad y los roles de género. Estos giran en correspondencia del rol y de las expectativas que las mujeres cumplen al interior de la sociedad. Dichos roles son una construcción colectiva en la que interactúa tanto la mujer como la familia, la pareja, los amigos, las instituciones y los medios de comunicación. Por lo que poner a consideración estos aspectos por parte de los actores que diseñan políticas públicas es importante para llegar a la comunidad y que los mensajes sean significativos para la comunidad y logren difusión al interior de ésta.

Una de las bondades conceptuales del Modelo Ecológico Social-Barreras para la Citología cervical (MES-BaCiCe) consiste en que intenta representar procesos psicosociales vinculados con la cosmovisión y la cultura, de las mujeres juchitecas. Evidencia, con representaciones de flechas que transitan desde el microsistema hasta el macrosistema, la dinámica transaccional que ocurre entre las mujeres juchitecas al mantener su lengua, sus costumbres, su cosmovisión y en

esencia su cultura. Lo que les permite mantener por una parte su identidad grupal y cultural pero que, por otra lado, las vulnera al mantenerlas integradas sí, pero rezagadas del conocimiento de medidas preventivas sobre su salud sexual. Ante ello, este mismo modelo, sugiere tanto dimensiones particulares, como sistemas específicos donde incidir para lograr la capacitación tanto de los servidores de salud como de las propias mujeres juchitecas que se encuentran en riesgo de desarrollar CaCu. Particularmente, hay que instrumentar la capacitación cuidando el idioma, los roles de género, las costumbres y la sexualidad.

3.5 Limitaciones, aportes y prospectiva

3.5.1 Limitaciones conceptuales. La validez y confiabilidad en los estudios de corte cualitativo ha sido cuestionada por varios investigadores, sin embargo, extrapolar esos criterios propios de la investigación cuantitativa viola los objetivos y la naturaleza de este tipo de investigación (Salgado-Lévano, 2007). Durante el desarrollo de este estudio, como sugieren (Castillo & Vásquez, 2003) la investigadora se preguntó constantemente como asegurar el rigor científico de la presente investigación. Algunos investigadores cualitativos proponen ciertos criterios propios para este tipo de investigación.

En cuanto a la representatividad de la muestra, en una investigación cuantitativa resulta crucial, sin embargo, en la investigación cualitativa ésta no es esencial ni crítica, ya que la investigación resulta valiosa en un grupo cualquiera de pocas personas (Taylor & Bogdan, 1996; Vasilachis, 1993) además de que este tipo de investigación busca la reconstrucción objetiva del objeto de estudio (Kleining, 1982) y una generalización a nivel conceptual (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990) lo que se logró a través de la saturación teórica (Creswell, 1998).

Con relación a la deseabilidad social, la cual no es privativa de la investigación cualitativa, en este tipo de estudios, los investigadores son sensibles y conscientes de los efectos que éstos pueden causar sobre los participantes, sin embargo, aunque en esta investigación la investigadora no pudo eliminar del todo sus efectos sobre las personas que participaron, sí se intentó controlarlos o reducirlos a un mínimo. La credibilidad se logró por medio de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, así como con la familiarización de la comunidad, lo que se alcanzó al haber permanecido más de 6 meses en Juchitán, además, para que los resultados fueran creíbles en el sentido en que éstos son verdaderos para la gente que participó así como para otras personas que hayan experimentado o estado en contacto con el

mismo fenómeno (Castillo & Vásquez, 2003) se utilizaron métodos de triangulación de los datos al tener tres grupos distintos de informantes (Mays & Pope, 2000) además se discutieron los hallazgos con otros investigadores.

Dado que las barreras estructurales, psicosociales y culturales fueron establecidas con fines académicos y de clasificación, éstas difícilmente pueden separarse, ya que están conectadas, por lo que es difícil obtener categorías ortogonales. En congruencia al retomar la teoría de Bronfenbrenner (1977, 1986) uno de los aportes derivados es la potencialidad eurística del modelo ecológico, puesto que permite representar las transacciones en los diferentes niveles que permean a los distintos sistemas. Esta posibilidad de dar idea de las transacciones que ocurren entre las mujeres juchitecas y su entorno sociocultural, ofrece mucho más opciones de intervención más acordes con la realidad en las que se desarrollan. Ello contrasta con la visión funcional, hasta ahora prevaleciente, en donde se ubican variables de manera funcional, pero que parcializan la complejidad de las transacciones que en la cotidianidad afectan a las mujeres y que en buena parte influyen en su conducta.

3.5.2 Aportes.

3.5.2.1 Aportes conceptuales. A través de este estudio se pueden proponer, desarrollar e instrumentar políticas públicas de salud específicas que consideren cosmovisión, lengua, compromiso disciplinario, capacitación al interior de la disciplina, a grupos vulnerados, sensibilidad hacia estos grupos.

Se evidencia la importancia que la Psicología tiene para aportar conocimientos y evidencias relevantes a tomar en cuenta para el desarrollo de políticas públicas en materia de salud.

Propuesta de un Modelo Ecológico Social que integra elementos y procesos vinculados a las barreras de tipo estructural, psicosocial y cultural.

Al retomar el Modelo Ecológico Social, resaltan 4 categorías que funcionan como vectores dentro de este modelo: (1) lengua, (2) tabú de la sexualidad, (3) roles de género y (4) mitos-costumbres. Estas barreras no son estáticas, interconectan todos los subsistemas en los que están inmersas las mujeres juchitecas. Impactando y recibiendo influencia de cada subsistema, por esta cualidad de vinculación en doble vía es estratégico considerar estos cuatro vectores al instrumentar programas de capacitación y desarrollar programas de salud

No existen modelos anteriores que alcancen a argumentar de manera cronológica la influencia que tienen sobre la conducta de autocuidado de salud, las madres, pares y la comunidad en donde se desarrollan las mujeres juchitecas. Con la propuesta de retomar el Modelo Ecológico Social se tiene la posibilidad de hacer análisis sistemáticos y fundamentados sobre la transformación cronológica del fenómeno bajo estudio.

3.5.2.2 Aportes metodológicos. A pesar de que esta investigación no persiguió la representatividad, a partir del uso de métodos y estrategias de corte cualitativo fue posible identificar las barreras que percibían tanto el personal de salud como las mujeres de la región para la toma de la citología cervical. Lo que refleja los aspectos que pueden estar interfiriendo en la detección temprana del CaCu en Juchitán, y que en un futuro podrían considerarse para orientar las acciones de mejora de los programas de salud en la comunidad. Así mismo, gracias a estas estrategias, fue posible conocer la riqueza de cosmovisión, costumbres y tradiciones de los participantes dentro de su contexto particular. Además por medio de la triangulación de los datos se logró una interpretación global del fenómeno (Mays & Pope, 2000) y fue posible alcanzar la aplicabilidad y utilidad a través de la cercanía que éstos tuvieron con los datos empíricos (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990).

3.5.3 Prospectiva. Se sugiere para futuros estudios incluir variables que no se hayan considerado y que puedan estar influyendo en la asistencia de las mujeres juchitecas a dichos programas, además es recomendable diversificar las muestras y considerar las particularidades por ejemplo incluir a los varones, esposos, comunidad LGBTTTIQ. Es importante profundizar en los tabúes.

Se evidenció que hacen falta trabajadores de la salud capacitados y sensibilizados con las diferencias y particularidades culturales, por lo que se sugiere al momento de asignar profesionales de la salud a estas comunidades que sean sensibles a la cosmovisión de la etnia a la que atenderán. Así mismo es importante que se les capacite con los diálogos básicos en lengua zapoteca que permita establecer un nivel de confianza y respeto básico con las mujeres que atenderán y que sean capaces de entender la manifestación de éstas en su propia lengua. Es fundamental incluir traductores en los programas de salud en comunidades indígenas de México para ayudar a comprender las necesidades y preocupaciones de los pacientes.

Es necesario que el sistema de salud respete y valore la identidad de las diferentes etnias a las que atiende. Asimismo es indispensable que quienes sean asignados como prestadores del servicio de salud, conozcan, respeten y sean capaces de valorar las tradiciones, costumbres y uso de la medicina tradicional. En pocas palabras, en lugar de sustituir o imponer modelos ajenos a las comunidades indígenas, se sugiere trabajar en equipo.

Es importante reclutar a personas zapotecas para apoyar a la gente de la región y generar confianza en ésta.

El mostrar empatía y comprensión para las personas que llegan a las instituciones de salud, sobre todo si hay algún diagnóstico de cáncer o VPH es importante para generar confianza en las usuarias. Además es esencial usar un lenguaje claro para comunicarse con los pacientes indígenas y sus familias y asegurarse de que los pacientes indígenas y sus familias hayan comprendido lo que se ha recomendado con relación a las pruebas y el seguimiento.

Educar e informar a la población en su lengua, cuidar y respetar la exposición del cuerpo, son aspectos fundamentales al diseñar programas de detección oportuna en esta población.

Este estudio muestra datos reveladores sobre la importancia que tienen las variables psicológicas en la detección oportuna de enfermedades como el cáncer cervicouterino. La importancia de aportar elementos psicológicos estriba en la riqueza conceptual que se vincula a una comprensión integral del fenómeno bajo estudio. De hecho, la consideración de componentes psico-sociales que pueden facilitar u obstaculizar la adherencia a programas de salud en mujeres vulneradas, tiene un impacto directo sobre la eficiencia de políticas públicas. Si se reconoce que dichas políticas constituyen una guía para la toma de decisiones sobre acciones para seguir y sobre las prioridades para asignar recursos públicos (Arrivillaga-Quintero, Alzate-Posada, & Useche-Aldana, 2009), es claro que el conocimiento de factores psicosociales que influyen en conductas de salud se vuelve un componente estratégico para conocer, evaluar y promover.

La derivación de políticas públicas que consideren factores psicosociales no solo eficiente la asignación de recursos económicos sino que incrementa el impacto positivo de las mismas, especialmente en poblaciones vulneradas y vulnerables como las que constituyeron el foco de este estudio.

En congruencia, la identificación de barreras estructurales, psicosociales y culturales, representa una parte importante no sólo en términos disciplinarios y sociales, también es una

evidencia de cómo generar datos e información significativa para los tomadores de decisiones que abonen a la derivación de políticas públicas útiles y eficientes, particularmente orientadas a la salud y bienestar de poblaciones indígenas.

Finalmente, la consideración de variables contextuales es imprescindible a la luz de los sismos (7 y 23-sept-2017) que azotaron a las entidades más depauperadas en México. Los datos sobre las barreras reportados en este estudio adquieren mayor significado al ahondarse las condiciones de vulnerabilidad en las que se desarrollan las mujeres zapotecas. El impacto y transformación de dichos eventos será objeto de futuros estudios.

Colofón

Quiero finalizar este escrito reconociendo que las mujeres que son el corazón de este trabajo, ellas que me abrieron el alma, que me compartieron su sabiduría, esa que heredaron de sus ancestros, mujeres que no se rompen con facilidad ante la tragedia, sirva pues a ellas esta investigación para contribuir en algo y mejorar las condiciones y la calidad de vida ante enfermedades como el cáncer. Todo lo vertido, los días, las noches y las horas devoradas, son un homenaje a esas mujeres que se visten de jardín de flores, las que me abrieron sus casas y sus vidas, las que lloraron conmigo, las que vi reír, las que vi morir, las que vi renacer. Mi amor y admiración a todas las mujeres “zá”, las mías.

Referencias

- Aalto, A. M., & Uutela, A. (1997). Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: A test of an Extended Health Belief Model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(3), 191-214. doi: 10.1207/s15327558ijbm0403_1
- Abadia, C. E. & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153-1160. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.049
- Abercrombie, P. D. (2001). Improving adherence to abnormal Pap smear follow-up. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 30(1), 80-88. doi: 10.1111/j.1552-6909.2001.tb01524.x
- Adachi-Sasaki, L. (1972). *Demora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en el Hospital Central del Empleado*. (Tesis doctoral, UNMSM).
- Agüero, L (2007). *Análisis de la efectividad, oportunidad, accesibilidad y satisfacción de la usuaria en el programa de detección temprana del Cáncer de Cérvix según el Sistema Público de Salud y los servicios brindados por terceros en el I Nivel de Atención. Enero a Junio 2006/* (Tesis de maestría, San José: Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP)).
- Aguilar-Pérez, J. A., Leyva-López, A. G., Angulo-Nájera, D., Salinas, A., & Lazcano-Ponce, E. C. (2003). Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saude Publica*, 37(1), 100-6. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13550>
- Agurto, I., Bishop, A., Sanchez, G., Betancourt, Z., & Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive medicine*, 39(1), 91-98. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.03.040
- Arbelaez, M. P., Gaviria, M. B., Franco, A., Restrepo, R., Hincapié, D., & Blas, E. (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *The International journal of health planning and management*, 19(S1). doi: 10.1002/hpm.775
- Arevian, M., Noureddine, S., & Kabakian, T. (1997). A survey of knowledge, attitude, and practice of cervical screening among Lebanese/Armenian women. *Nursing Outlook*, 45(1), 16-22. doi: 0.1016/S0029-6554(97)90053-1
- Arrivillaga-Quintero, M., Alzate-Posada, M. L., & Useche-Aldana, B. (2009). Public policies, health systems, and women with HIV/AIDS in Colombia: a critical analysis. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 58-71. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165770272009000100004&script=sci_arttext&tlng=pt

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological bulletin*, 82(2), 261-277. doi: 10.1037/h0076477
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological bulletin*, 84(5), 888. doi: 10.1037/0033-2909.84.5.888
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., & Kök, G. (2006). Evaluation of the Pap smear test status of women and of the factors affecting this status. *Gulhane Medical Journal*, 48(1), 025-029.
- Alonso P., Lazcano-Ponce E. C., Hernández M. (2005). *Cáncer cervicouterino, Diagnóstico, Prevención y Control*. México: Panamericana.
- Álvarez, B. J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis Psicosocial*. México: Editorial Trillas.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Colección Paidós Educador. México: Paidós Mexicana.
- Armstrong, L. L. (2001). Predicting cervical screening in college women: A test of the theory of reasoned action (Tesis doctoral, University of Montana). Recuperada de <http://scholarworks.umt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=10447&context=etd>
- Arredondo, E. M. (2003). *Evaluating a stage model in predicting Latinas' cervical cancer screening practices: the role of psychosocial and cultural predictors* (Tesis doctoral, Duke University Department of Psychology: Social and Health Sciences).
- Austin, L. T., Ahmad, F., McNally, M. J., & Stewart, D. E. (2002). Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Women's Health Issues*, 12(3), 122-128. doi: 10.1016/S1049-3867(02)00132-9
- Badr, P., Buedo, P., Chedrese, N., & Ryll, N. (2012). Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 9(1), 1-12.
- Bailie, R., Sibthorpe, B., Anderson, I., & Smith, L. (1998). Data for diagnosis, monitoring and treatment in Indigenous health: the case of cervical cancer. *Australian and New Zealand journal of public health*, 22(3), 303-306. doi: 10.1111/j.1467-842X.1998.tb01381.x

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer.
- Barling, N. R., & Moore, S. M. (1996). Prediction of cervical cancer screening using the theory of reasoned action. *Psychological reports*, 79(1), 77-78. doi: 10.2466/pr0.1996.79.1.77
- Barrenechea, J. J., & Trujillo, E. (1987). Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. In *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Universidad de Antioquia.
- Barrionuevo-Rosas, L. (2015). *Desigualdades sociales en salud y el cribado de cáncer de cuello uterino y de mama en el Perú*. (Tesis doctoral). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/319716>
- Barrionuevo-Rosas, L., Palencia, L., & Borrell, C. (2013). ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú? *Rev Panam Salud Publica*, 34(6): 393-400. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8732/v34n6a04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baseman, J. G., & Koutsky, L. A. (2005). The epidemiology of human papillomavirus infections. *Journal of Clinical Virology*, 32, 16-24. doi: 10.1016/j.jcv.2004.12.008
- Basu, P., Sarkar, S., Mukherjee, S., Ghoshal, M., Mittal, S., Biswas, S., Mandal, R. & Sankaranarayanan, R. (2006). Women's perceptions and social barriers determine compliance to cervical screening: results from a population based study in India. *Cancer detection and prevention*, 30(4), 369-374. doi: 10.1016/j.cdp.2006.07.004
- Bautista, N. P. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: Manual Moderno.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2(4): 409-419.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1972). Motivations as predictors of health behavior. *Health services reports*, 87(9), 852-862. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1616028/pdf/healthservrep00043-0090.pdf>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 13(1), 10-24.

- Beckmann, C. A., Beckmann, C. R., Lipscomb, G. H., King, R. E., & Steere, E. (1995). Pap smear screening: Determinants of patient compliance. *Journal of Women's Health, 4*(6), 663-668. doi: 10.1089/jwh.1995.4.663
- Befort, C. A., Nazir, N., Engelman, K., & Choi, W. (2013). Fatalistic cancer beliefs and information sources among rural and urban adults in the USA. *Journal of Cancer Education, 28*(3), 521-526. doi: 0.1007/s13187-013-0496-7
- Behbakht, K., Lynch, A., Teal, S., Degeest, K., & Massad, S. (2004). Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstetrics & Gynecology, 104*(6), 1355-1361. doi: 10.1097/01.AOG.0000143881.53058.81
- Behtash, N. & Mehrdad, N. (2006). Cervical Cancer: Screening and Prevention. *Asian Pacific J Cancer Prev, 7*(4), 683-686. Recuperado de http://www.apocpcontrol.com/paper_file/issue_abs/Volume7_No4/Mehrdad%20683-686.pdf
- Bell, C. C. (1998). Directing Health Messages Towards African Americans. *Jama: The Journal of the American Medical Association, 280*(2), 196.
- Bentler, P. M., & Speckart, G. (1981). Attitudes "cause" behaviors: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*(2), 226-238. doi: 10.1037/0022-3514.40.2.226
- Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. Orlando, FL, US: Harcourt Brace College Publishers.
- Binns, P. L., & Condon, J. R. (2006). Participation in cervical screening by Indigenous women in the Northern Territory: a longitudinal study. *Medical journal of Australia, 185*(9), 490-494. Recuperado de https://www.mja.com.au/system/files/issues/185_09_061106/bin10231_fm.pdf
- Bish, A., Sutton, S., & Golombok, S. (2000). Predicting uptake of a routine cervical smear test: A comparison of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Psychology and Health, 15*(1), 35-50. doi: 10.1080/08870440008400287
- Blake, D. R., Weber, B. M., & Fletcher, K. E. (2004). Adolescent and young adult women's misunderstanding of the term Pap smear. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 158*(10), 966-970. doi: 10.1001/archpedi.158.10.966
- Boggiano, A. K. (1998). Maladaptive achievement patterns: A test of a diathesis-stress analysis of helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(6), 1681. doi: 10.1037//0022-3514.74.6.1681
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist, 32*(7), 513-530.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/1737/8413f37060b3b705b7158af59d61d3cb3385.pdf>
- Burak, L. J., & 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(3), 251-262. doi: 10.1080/07399339709516279
- Byrd, T. L., Chavez, R., & Wilson, K. M. (2007). Barriers and facilitators of cervical cancer screening among Hispanic women. *Ethnicity and Disease*, 17(1), 129-134. Recuperado de https://www.columbus.gov/uploadedFiles/Public_Health/Content_Editors/Community_Health/Minority_Health/Hispanic%20women.pdf
- Byrd, T. L., Peterson, S. K., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive medicine*, 38(2), 192-197. doi: 10.1016/j.yjmed.2003.09.017
- Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3), 164-168. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Gustavo_Cabrera9/publication/43561510_Teorias_y_modelos_en_la_salud_publica_del_siglo_XX/links/55293d880cf29b22c9bf133e.pdf
- Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19(1): 91-101. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/906/793>
- Camargo, R. M. (2001). *El cuidado de sí, como parte de un proyecto de vida femenino*. (Tesis de maestría, Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín)
- Castellsagué X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 110, S4-S7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.07.045>
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*, 34(3), 164-167. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/283/28334309/>
- Castillo, I. Y. I., Álvarez, J. I., Carval, S., Camila, M., Mendoza, S., Vergara Hernández, L. I., & Martínez, Z. (2013). Factores asociados al uso adecuado de la citología cervicouterina en estudiantes de enfermería de la ciudad de Cartagena. (Tesis doctoral, Universidad de Cartagena Facultad de Enfermería). Recuperado de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2262/1/informe%20final.pdf>
- Castro M. D. (2008). Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. *Umbral*. Revista del Postgrado Multidisciplinario en Ciencias del Desarrollo, 18, 205-235. Recuperado de

- http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1994-45432008000200010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Castro-Vásquez, M. D. C., & Arellano-Gálvez, M. D. C. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *salud pública de méxico*, 52(3), 207-212. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n3/04.pdf>
- Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo, CIED (2013). Día Mundial Contra el Cáncer. Recuperado de http://www.ciedd.oaxaca.gob.mx/info/pdf/04feb_vs_cancer.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2006). Manual de Procedimientos para la Toma de la Citología Cervical. Recuperado de: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf
- Champion, V.L. (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. *Research in Nursing & Health*, 8(4), 373-379. doi: 10.1002/nur.4770080410
- Champion, V. L. (1992). Compliance with guidelines for mammography screening. *Cancer detection and prevention*, 16(4), 253-258.
- Champion V.L. (1993) Instrument refinement for breast cancer screening behaviours. *Nursing Research* 42(3), 139–143.
- Champion, V. L. (1995). Development of a benefits and barriers scale for mammography utilization. *Cancer Nursing*, 18(1), 53-59.
- Champion, V. L. (1999). Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in nursing & health*, 22(4), 341-348. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4<341::AID-NUR8>3.0.CO;2-P
- Champion, V. L., & Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing research*, 46(6), 331-337. doi: 10.1097/00006199-199711000-00006
- Chavez, L. R., Hubbell, F. A., Mishra, S. I., & Valdez, R. B. (1996). The influence of fatalism on self-reported use of Papanicolaou smears. *American journal of preventive medicine*, 13(6), 418-424.
- Chávez, N.P., & Voss, A. (2012). *Cáncer cérvico uterino e interculturalidad en Zona Maya, Quintana Roo, México*. (Tesis de Maestría, Universidad de Quintana Roo Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales) Recuperada de http://www.uqroo.mx/dip/archivo/Tesis_Nancy_Chavez.pdf

- Chingang, L. C., Bischof, U., Andall-Brereton, G., & Razum, O. (2005). 'Have a Pap smear!'—doctors, their clients, and opportunistic cervical cancer screening. *International journal of STD & AIDS*, 16(3), 233-236. doi: 10.1258/0956462053420266
- Cockburn, J., White, V. M., Hirst, S., & Hill, D. (1992). Barriers to cervical screening in older women. *Australian family physician*, 21(7), 973-978.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI (2000). Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena por municipio. Recuperado de <http://www.cdi.gob.mx/cedulas/2000/OAXA/20043-00.pdf>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI (2007). Zapotecas del Istmo de Tehuantepec. *Pueblos Indígenas del México Contemporáneo*. Recuperado de <http://www.cdi.gob.mx>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI (2009). Programa para el desarrollo de los pueblos indígenas 2009-2012. Recuperado de <http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/PNPI-2010-CDI.pdf>
- Condon J.R., Armstrong B.K., Barnes A., Cunningham J. (2003). Cancer in Indigenous Australians: a review. *Cancer Causes Control*, 14(2), 109–21. doi: 10.1023/A:1023064400004
- Condon, J. B., Barnes, A., Cunningham, J., & Armstrong, B. K. (2004). Long-term trends in cancer mortality for Indigenous Australians in the Northern Territory. *Medical Journal of Australia*, 180(10), 504-507. Recuperado de https://www.mja.com.au/system/files/issues/180_10_170504/con10102_fm.pdf
- CONEVAL (2010). Medición de la Pobreza. Pobreza a nivel municipio 2010. Recuperado de <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Medicion-de-la-pobreza-municipal-2010.aspx>
- Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting health behavior research and practice with social cognition models*. Londres: Open University Press.
- Conrad, M. E., Brown, P., & Conrad, M. G. (1996). Fatalism and breast cancer in black women. *Annals of Internal Medicine*, 125(11), 941-942. doi: 10.7326/0003-4819-125-11-199612010-00026
- Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2000. Índices de marginación México 2000. Recuperado de <http://www-.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2000.htm>
- Corbin, J., Strauss, A. L. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13, 3-21.

- Cortés, A., García, R. G., Hernández, M., Monterrey, P., & Fuentes, J. (1999). Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana, 1996. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 51(2), 120-124. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07601999000200010
- Crawford, T. J., & Boyer, R. (1985). Salient Consequences, Cultural Values, and Childbearing Intentions1. *Journal of Applied Social Psychology*, 15(1), 16-30. doi: 10.1111/j.1559-1816.1985.tb00891.x
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Londres: Sage.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative enquiry and research design: Choosing among five approaches*. US: Sage publications Ltd.
- Cresswell, J. W. (2015). *Educational research, planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. New Jersey: Pearson.
- Cruz, M. (1988). Algunos determinantes psico-sociales que explican la actitud hacia la detección oportuna de cáncer cervico uterino: estudio de campo realizado en mujeres mayores de 15 años con vida sexual en la ciudad de Apodaca, NL (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León Facultad de Enfermería). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/111/1/1080070860.PDF>
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small-and medium-sized firms. *International small business journal*, 15(1), 73-85. doi: 10.1177/0266242696151005
- Dachs, G. U., Currie, M. J., McKenzie, F., Jeffreys, M., Cox, B., Foliaki, S., & Robinson, B. A. (2008). Cancer disparities in indigenous Polynesian populations: Māori, Native Hawaiians, and Pacific people. *The lancet oncology*, 9(5), 473-484. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70127-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70127-X)
- Dalton, M. (2010). *Mujeres: género e identidad en el Istmo de Tehuantepec, Oaxaca*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- de Charry, L. C., Roca, S., & Carrasquilla, G. (2008). Using biopsy for breast cancer diagnosis: an equity issue? *Colombia Médica*, 39(1), 24-32. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100004
- Di Castro, P. (1996). ¿Cómo prevenir el Cáncer del Cuello de la Matriz? Recuperado de <http://www.histolab.com.mx/pap.html>
- Dilts, R., Hallbom, T. y Smith, S. (1996). *Las Creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar*. Ediciones Urano: Argentina.

- Dougher, MJ (1995). A bigger picture: cause and cognition in relation to differing scientific frameworks. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatri*, 26, 215-219. doi:10.1016/0005-7916(95)00021-Q
- Drew, E. M., & Schoenberg, N. E. (2011). Deconstructing fatalism: ethnographic perspectives on women's decision making about cancer prevention and treatment. *Medical anthropology quarterly*, 25(2), 164-182. doi: 10.1111/j.1548-1387.2010.01136.x
- Durá, E., & Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigação e intervenção profissional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 27-43. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a04.pdf>
- Durán-Arenas, L., Garrido-Solano, C. & Hernández-Ramírez, L. D. C. (2010). La toma de decisiones para el control del cáncer cervicouterino en México. *Rev CONAMED* 15(4), 174-180. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Luis_Duran-Arenas/publication/277271832_La_toma_de_decisiones_para_el_control_del_cancer_cervicouterino_en_Mexico/links/56323d6108ae58487808dc7f.pdf
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 25(1), 7-21. Recuperado de file:///C:/Users/RED/Downloads/Dialnet-ModelosDeCognicionSocialYAdherenciaTerapeuticaEnPa-2542687.pdf
- Ehrenzweig, Y., Marván, M. L., & Acosta É. A. (2013). Conocimientos sobre la prevención del cáncer cérvicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. *Psicología y Salud*, 23(2), 161-169. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/498/824>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4), 532-550. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/258557>
- Enciclopedia de Los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Oaxaca s.f. Recuperada de: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM20oaxaca/municipios/20043a.html>
- Espinosa de los Monteros, K & Gallo, L. C. (2011). The relevance of fatalism in the study of Latinas' cancer screening behavior: a systematic review of the literature. *International journal of behavioral medicine*, 18(4), 310-318. doi:10.1007/s12529-010-9119-4
- Estrategia de Prevención Integral del Cáncer Cérvico Uterino: 30 municipios del Estado de Oaxaca con el mayor riesgo epidemiológico. s.f. Recuperado de: http://www.programassociales.org.mx/sustentos/Oaxaca518/archivos/lineamientos_VPH_vacunacion_municipios.pdf

- Farfán-Muñoz, L., Barrón-Treviño, E., Jiménez-Domínguez, M., Vázquez-Morán, E., & Ayala-Atrián, S. S. (2004). Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. *Rev Enferm IMSS*, 12(3), 123-130. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim043b.pdf>
- FDA Office of Women's Health. Virus del Papiloma Humano (VPH). (s./f.) Recuperada de <http://www.fda.gov/downloads/ForConsumers/ByAudience/ForWomen/FreePublications/UCM251834.pdf>
- Fernández-Esquer, M. E., & Cardenas-Turanzas, M. (2004). Cervical cancer screening among Latinas recently immigrated to the United States. *Preventive medicine*, 38(5), 529-535. doi: 10.1016/j.yjmed.2003.12.009
- Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6(1-2), 1-16.
- Fishbein, M., Jaccard, J. J., Davidson, A. R., Ajzen, I., & Loken, B. (1980). *Predicting and understanding family planning behaviors: Beliefs, attitudes and intentions*. En I. Ajzen & M. Fishbein (Eds.), *Understanding attitudes and predicting social behaviors* (pp. 130-147). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fitch, M. I., Greenberg, M., Cava, M., Spaner, D., & Taylor, K. (1998). Exploring the barriers to cervical screening in an urban Canadian setting. *Cancer Nursing*, 21(6), 441-449. doi: 10.1097/00002820-199812000-00008
- Flores Y., Bishai D., Lazcano-Ponce, E. C., Shah K., Lorincz A., Hernández M., Salmeron J. (2003). Improving cervical cancer screening in Mexico: Results from the Morelos HPV Study. *Salud Publica Mex* 45(3), 388-398 Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s3/v45s3a13.pdf>
- Fylan, F. (1998). Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. *Br J Gen Pract*, 48(433), 1509-1514. Recuperado de https://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/Downloads/Fylan_screening%20for%20cervical%20cancer.pdf
- Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Tuells, J. (2000). Creencias de salud relacionadas con la participación en un programa de cribado mamográfico. *Psicol Conduct*, 8(2), 357-73. doi:10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39135
- Gamarra, C. J., Araújo, E. P., & Harter, R. (2009). Social support and cervical and breast cancer screening in Argentinean women from a rural population. *Public Health Nursing*, 26(3), 269-276. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00779.x
- Garcés-Palacio, I. C., Rubio-León, D. C., & Ramos-Jaraba, S. M. (2014). Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas,

- Medellín-Colombia. Gerencia y Políticas de Salud, 13(27), 200-211. doi: 10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfss
- Garcés-Palacio, I. C., Rubio-León, D.C., & Scarinci, I. C. (2012). Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 7-16. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10495/5179>
- García-Rojas, M. I., Mayoral-García, M., Pintor-Sill, J. R., Malvaez-Montesanos, N., Méndez-Méndez, P. M., Sánchez-Sánchez, M., & Velásquez-Paz, A. (2011). Perfil epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en Oaxaca 2000-2010. *Rev Eviden Invest Clin*; 4 (1): 10-14.
- Garrett, J. J., & Barrington, C. (2013). ‘We do the impossible’: women overcoming barriers to cervical cancer screening in rural Honduras—a positive deviance analysis. *Culture, health & sexuality*, 15(6), 637-651. doi: 10.1080/13691058.2012.760206
- Gawande, V. V., Wahab, S. N., Zodpey, S. P., & Vasudeo, N. D. (1998). Risk factors for cancer cervix: a case control study. *Indian journal of cancer*, 35(4), 164-170. Recuperado de <http://imsear.hellis.org/handle/123456789/49308>
- Gil J. (1998). *Manual de Psicología de la Salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada: Ediciones Némesis.
- Gillam, S. J. (1991). Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model. *Br J Gen Pract*, 41(353), 510-513. Recuperado de <http://bjgp.org/content/bjgp/41/353/510.full.pdf>
- Giraudó, N., Discacciati, V., Bakalar, K., Basualdo, N., & Dreyer, C. (2011). Barreras para el rastreo de cáncer de cuello uterino en la ciudad de Buenos Aires. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 3(2): 7-21.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- GLOBOCAN (2008). *Cáncer mortality and morbidity*. Recuperado de http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/index.html
- GLOBOCAN. (2012). *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Recuperado de http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf

- Goldman, R. E., & Risica, P. M. (2004). Perceptions of breast and cervical cancer risk and screening among Dominicans and Puerto Ricans in Rhode Island. *Ethnicity & disease*, 14(1), 32-42. Recuperado de <http://hypnoanalysis.eshonline.ishib.org/ED/journal/ethn-14-01-32.pdf>
- Gutiérrez, C., Romaní, F., Ramos, J., Alarcón, E., & Wong, P. (2010). Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(1), 1-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119805006>
- Gutiérrez-Trujillo, O.G., Martínez-Montañez, I.H., Fernández-Garate, I., Mejía-Rodríguez, I., Alvarado, I., Reyes-Morales, H. (2006). Análisis del descenso de la mortalidad por cáncer cervicouterino en el IMSS, 1991-2005. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 44(1), 129-134. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/ims061m.pdf>
- Guvenc, G., Akyuz, A., & Açikel, C. H. (2011). Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: Psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 428-437. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x
- Harcourt, N., Ghebre, R. G., Whembolua, G. L., Zhang, Y., Osman, S. W., & Okuyemi, K. S. (2014). Factors associated with breast and cervical cancer screening behavior among African immigrant women in Minnesota. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), 450-456. doi: 10.1007/s10903-012-9766-4
- Harmon, M. P., Castro, F. G., & Coe, K. (1997). Acculturation and cervical cancer: knowledge, beliefs, and behaviors of Hispanic women. *Women & health*, 24(3), 37-57. doi: 10.1300/J013v24n03_03
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health education research*, 7(1), 107-116. doi: 10.1093/her/7.1.107
- H. Ayuntamiento Constitucional de la Heróica Ciudad de Juchitán de Zaragoza, Oax. 2014-2016. Plan Municipal de Desarrollo de la Heróica Ciudad de Juchitán de Zaragoza. Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/347787451/Plan-de-Desarrollo-Municipal-de-Juchitan-de-Zaragoza-Aguas-Residuales>
- Hayward, R. A., Shapiro, M. F., Freeman, H. E., & Corey, C. R. (1988). Inequities in health services among insured Americans. *New England Journal of Medicine*, 318(23), 1507-1512. doi: 10.1056/NEJM198806093182305
- Hennig, P., & Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years to take precautions against cervical cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(19), 1612-1621. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01496.x

- Herdman, C., & Sherris, J. (2000). Planning appropriate cervical cancer prevention programs. Seattle, Washington, Program for Appropriate Technology in Health [PATH], Cervical Cancer Prevention Team, 2000. Recuperado de <http://screening.iarc.fr/doc/cxca-planning-appro-prog-guide.pdf>
- Hernández-Hernández, D. M., García-Elizondo, M.R., Ornelas-Bernál, L., Hernández-Alemán, F., González-Lira, G., & Martínez-García, M. C. (1998). Factors associated with non-use of Pap test. A population survey. *Archives of medical research*, 29(3), 263-270.
- Hernández-Hernández, D.M., Linaldi-Yépez, F., Apresa-García, T., Escudero-de los Ríos, P., Alvarado-Cabrero, I., Ornelas-Bernal. L. A., & Mohar-Betancourt, A. (2007). Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(4), 313-320. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im074b.pdf>
- Herrero, R., Brinton, L., Reeves C. W., Brenes, M., De Britoon, R.C., Gaitan, E. & Tenorio, F. (1992). Screening for Cervical Cancer in Latin America: A Case-Control Study. *International Journal of Epidemiology*, 21 (6), 1050-1056. doi: 10.1093/ije/21.6.1050
- Hidalgo-Martínez, A.C. (2006). El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna. *Rev Biomed*, 17, 81-84. Recuperado de <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb0617110.pdf>
- Ho, V., Yamal, J. M., Atkinson, E. N., Basen-Engquist, K., Tortolero-Luna, G., & Follen, M. (2005). Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer nursing*, 28(2), 119-129. Recuperado de http://www.cervicalopticalimaging.com/2005_pubs/ho-v__predictorsbreastcervscreeninginvietnamese_harriscounty_texas__cancernurs2005.pdf
- Hochbaum, G. M., & Lorig, K. (1992). Roles and uses of theory in health-education practice-Foreword. [Special issue]. *Health Education Quarterly*, 19.
- Holroyd, E., Twinn, S. F., & Shia, A. T. (2001). Chinese women's experiences and images of the Pap smear examination. *Cancer Nursing*, 24(1), 68-75. doi: 10.1097/00002820-200102000-00011
- Huamán, M. M. (2010). Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. *UCV –Scientia*, 2(2):34–42. Recuperado de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/433/309>
- Huamaní, C., Hurtado-Ortega, A., Guardia-Ricra, M., & Roca-Mendoza, J. (2008). Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 44-50. Recuperado de <http://hdl.handle.net/123456789/1026>

- IARC, 2008. Word Cancer Report 2008. Recuperado de <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>
- Ideström, M., Milsom, I., & Andersson-Ellström, A. (2002). Knowledge and attitudes about the Pap-smear screening program: a population-based study of women aged 20–59 years. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 81(10), 962-967. doi: 10.1034/j.1600-0412.2002.811011.x
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2007-2008). Programa IMSS-Oportunidades. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/Documents/2007-2008/12.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2015). Encuesta Intercensal. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/indigenas2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2010). México en cifras. Información Nacional, por entidad federativa y municipios. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/?e=20&mun=43>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2010). México en cifras. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=20043>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2010) Principales resultados del censo población y vivienda. Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2012). Causas de defunción. Defunciones generales de mujeres por principales causas de mortalidad, 2012. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo125&s=est&c=23589>
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, 2010. Sistema Nacional de Información Municipal. Recuperado de <http://www.snim.rami.gob.mx/>
- Ivancevich, J. M., Konopaske, R. y Matteson, M. T. (2006). *Comportamiento Organizacional*. México: McGraw-Hill
- Jameson, A., Sligo, F., & Comrie, M. (1999). Barriers to Pacific women's use of cervical screening services. *Australian and New Zealand journal of public health*, 23(1), 89-92. doi: 10.1111/j.1467-842X.1999.tb01211.x
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47. Recuperado de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177_109019818401100101.pdf

- Jhala, D., & Eltoum, I. (2007). Barriers to adoption of recent technology in cervical screening. *CytoJournal*, 4(1), 16-22. doi: 10.1186/1742-6413-4-16
- Jiménez, M. P. (2003). Motivación y salud. En E. Fernández, M. P. Jiménez & M. D. Martín (Eds.), *Emoción y motivación la adaptación humana*. (pp. 831-854). Madrid: Centro de estudios Ramón Areces SA.
- Johnson, C. E., Mues, K. E., Mayne, S. L., & Kiblawi, A. N. (2008). Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the Health Belief Model. *Journal of lower genital tract disease*, 12(3), 232-241. doi: 10.1097/LGT.0b013e31815d8d88
- Joiner, T. E., Perez, M., Wagner, K. D., Berenson, A., & Marquina, G. S. (2001). On fatalism, pessimism, and depressive symptoms among Mexican-American and other adolescents attending an obstetrics-gynecology clinic. *Behaviour Research and Therapy*, 39(8), 887-896. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00062-0
- Kerlinger F., & Lee H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. 4ª ed. México: McGraw-Hill.
- Key, S. (2002). Perceived managerial discretion: An analysis of individual ethical intentions. *Journal of managerial issues*, 14(2), 218-233.
- King, J. (1987). Women's attitudes towards cervical smear. *Update*, 34, 160-168. Falta doi, no hay
- Kirscht, J. P. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 387-408.
- Kleining, G. (1982). Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224-253.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de educación*, 7(7), 19-40. Recuperado de <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>
- Kruse, J., & Phillips, D. M. (1987). Factors influencing women's decision to undergo mammography. *Obstetrics & Gynecology*, 70(5), 744-748.
- Kvale, S. (1996). *InterViews*. London: Sage Publications.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Los Angeles: SAGE Publications.

- Läärä, E., Day, N., & Hakama, M. (1987). Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *The Lancet*, 329(8544), 1247-1249. doi: 10.1016/S0140-6736(87)92695-X
- Lannin, D. R., Mathews, H. F., Mitchell, J., Swanson, M. S., Swanson, F. H., & Edwards, M. S. (1998). Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *Jama*, 279(22), 1801-1807. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187622>
- Larkey, L. K., Herman, P. M., Roe, D. J., Garcia, F., Lopez, A. M., Gonzalez, J., Perera P. N., & Saboda, K. (2012). A Cancer Screening Intervention for Underserved Latina Women by Lay Educators. *Journal of Women's Health*, 21(5), 557-66. doi: 10.1089/jwh.2011.3087
- Lau, R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Journal of personality and social psychology*, 42(2), 322. doi: 10.1037//0022-3514.42.2.322
- Lazcano-Ponce, E. C., Castro, R., Allen, B., Nájera, P., de Ruíz, P. A., & Hernández-Avila, M. (1999). Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health*, 8(3), 399-408. doi: 10.1089/jwh.1999.8.399
- Lazcano-Ponce, E. C., Moss, S., Cruz-Valdés, A., Alonso, P., Casares-Queralt, S., Martínez-Léon, C. J., & Hernández-Ávila, M. (1999). Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud pública de México*, 41(4), 278-285. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/106/10641405/>
- Lazcano-Ponce, E. C., Moss, S., de Ruíz, P. A., Castro, J. S., & Avila, M. H. (1999). Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of Mexico. *Archives of Medical Research*, 30(3), 240-250. doi: 10.1016/S0188-0128(99)00006-8
- Lazcano-Ponce, E., Nájera-Aguilar, P., Alonso, P., Buiatti, E., & Hernández-Ávila, M. (1996). Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 42(3), 123-140.
- Lazcano-Ponce, E.C. & Yunes-Díaz, E. M (2006). Evolución de las pruebas de tamizaje para la detección oportuna de cáncer. II Consenso Mexicano de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, 5(4), 92. Recuperado de http://www.smeo.org.mx/images/gamo2/2006/GAMO_V5_No4-2006_JUL-AGO.pdf#page=13
- Lewis, S. K., Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1999). Establishing a sense of personal control in the transition to adulthood. *Social Forces*, 77(4), 1573-1599. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.842.6728&rep=rep1&type=pdf>
- Lizano-Soberón, M., Carrillo-García, A., & Contreras-Paredes, A. (2009). Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Cancerología*, 4, 205-16.

- Lovell, S., Kearns, R. A., & Friesen, W. (2007). Sociocultural barriers to cervical screening in South Auckland, New Zealand. *Social science & medicine*, 65(1), 138-150. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.042
- López-Saavedra & Lizano-Soberón. (2006). Cáncer cérvicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología* 1, 31-55. Recuperado de http://cancercuelloutero.org/upfiles/politica_archivo1__1374687913.pdf
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement. *Journal of health psychology*, 10(5), 633-642. doi: 10.1177/1359105305055307
- Maar, M., Burchell, A., Little, J., Ogilvie, G., Severini, A., Yang, J. M., & Zehbe, I. (2013). A qualitative study of provider perspectives of structural barriers to cervical cancer screening among first nations women. *Women's Health Issues*, 23(5), e319-e325. doi: 10.1016/j.whi.2013.06.005
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education & Behavior*, 2(4), 336-353.
- Mallon, F. E. (1986). Gender and class in the transition to capitalism: household and mode of production in Central Peru. *Latin American Perspectives*, 13(1), 147-174. doi: 10.1177/0094582X8601300107
- Manasco, A. J. (2008). Diversity, patient decision making, and the Health Belief Model: An application of cultural, critical, and feminist psychology (Tesis doctoral, The Chicago School of Professional Psychology) Recuperada de <http://search.proquest.com/openview/c335c14d1169b14f53f92d24b7badae3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Markovic, M., Kesic, V., Topic, L., & Matejic, B. (2005). Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Social science & medicine*, 61(12), 2528-2535. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.001
- Marshall, G. N. (1991). A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: Separating the wheat from the chaff? *Journal of personality and social psychology*, 61(3), 483-491. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.483
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1999). Defending the value and logic of qualitative research. *Designing qualitative research*, 191-203.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7226), 50-52. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117321/>

- McFarland, D. M. (2003). Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review*, 50(3), 167-175. doi: 10.1046/j.1466-7657.2003.00195.x
- McKee, N. J. (1986). *The health belief model, state locus of control, and state-anxiety and participation in screening for cervical cancer* (Tesis doctoral, Indiana University School of Nursing). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/303557883?accountid=14598>. (303557883)
- Medrano, M. M. (2015). *Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de papanicolaou*. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini–2014. (Tesis EAP, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4055/1/Medrano_sm.pdf
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A. F., & Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38. doi: 10.1590/S0124-00642007000100004
- Miano, M. (2002). *Hombre, mujer y muxe': en el Istmo de Tehuantepec*. México: Plaza y Valdés.
- Mikhail, B. I., & Petro-Nustas, W. I. (2001). Transcultural adaptation of Champion's health belief model scales. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 159-165. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00159.x
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews* (Vol. 3). New Jersey: Greenwood Publishing Group.
- Montero A, González E, Molina T. (2008). Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en Chile. *Rev. Chil Salud Pública*, 12(1), 42-47. Recuperado de <http://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2076/1921>
- Morales, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, E. Gil, J (2003). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109. Recuperado de file:///C:/Users/RED/Downloads/Dialnet-ElModeloDeCreenciasDeSalud-664629.pdf
- Muñoz, N., Bosch, F. X., de Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K. V. & Meijer, C. J. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 348(6), 518-527. doi: 10.1056/NEJMoa021641
- Murff, H. J., Gandhi, T. K., Karson, A. K., Mort, E. A., Poon, E. G., Wang, S. J., Fairchild, D.G., & Bates, D. W. (2003). Primary care physician attitudes concerning follow-up of

- abnormal test results and ambulatory decision support systems. *International journal of medical informatics*, 71(2), 137-149. doi: 10.1016/S1386-5056(03)00133-3
- Murillo, R. (2008). Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. *Biomédica*, 28(4), 467-470. doi: 10.7705/issn.0120-4157
- Murray, M., & McMillan, C. (1993). Social and behavioural predictors of women's cancer screening practices in Northern Ireland. *Journal of Public Health*, 15(2), 147-153. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042832
- National Institute of Health (s/f). Bioethics resources in Spanish from other organizations. Recuperado de <https://www.fic.nih.gov/ResearchTopics/Bioethics/Pages/languages.aspx#spanish>
- Neff, J. A., Hoppe, S. K., & Perea, P. (1987). Acculturation and alcohol use: Drinking patterns and problems among Anglo and Mexican American male drinkers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(2), 151-181. doi: 10.1177/07399863870092004
- Niederdeppe, J., & Levy, A. G. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 16(5), 998-1003. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0608
- Noreña-Quiceno, C., & Tamayo-Acevedo, L. S. (2010). Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan*, 10(1), 52-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74116244006>
- Norman, P. & Bennet, P., (2001). *Health locus of control*. En M. Conner y P. Norman (Eds.): *Predicting health behavior. Research and practice with social cognition models* (pp. 62-94). Buckingham, UK: Open University Press.
- Norman, P., & Brain, K. (2005). An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. *British journal of health psychology*, 10(1), 1-16. doi: 10.1348/135910704X24752
- Ogedegbe, G., Cassells, A. N., Robinson, C. M., DuHamel, K., Tobin, J. N., Sox, C. H., & Dietrich, A. J. (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association*, 97(2), 162-170. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2568778/?page=1>
- O'Meara AT (2002). Present standards for cervical cancer screening. *Current Opinion Oncol*, 14(5), 505-511. doi: 10.1097/00001622-200209000-00006

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (s.f). Papilomavirus humanos PVH y cáncer cervicouterino. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2014). Comprehensive Cancer Control. A guide to essential practice. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2015). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (s.f.). Cáncer Cervicouterino. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420%3A2011-cervical-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3637&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (1998). La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 4(2), 142-148. México: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Indicadores Básicos 2010. México: OPS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/mex/dmdocuments/indicadoresMEX2010.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Cáncer cervicouterino. México: OPS. Recuperado de www.paho.org
- Orians, C. E., Erb, J., Kenyon, K. L., Lantz, P. M., Liebow, E. B., Joe, J. R., & Burhansstipanov, L. (2004). Public education strategies for delivering breast and cervical cancer screening in American Indian and Alaska Native populations. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(1), 46-53. doi: 10.1097/00124784-200401000-00009
- Oscarsson, M. G., Wijma, B. E., & Benzein, E. G. (2008). 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'—why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health expectations*, 11(1), 26-34. doi: 10.1111/j.1369-7625.2007.00478.x
- Otero-Sabogal, R., Stewart, S., Sabogal, F., Brown, B. A., & Pérez-Stable, E. J. (2003). Access and attitudinal factors related to breast and cervical cancer rescreening: why are Latinas still underscreened?. *Health Education & Behavior*, 30(3), 337-359. doi: 10.1177/1090198103030003008
- Ovalle, L., de Salud Pública, M., Social, A., Palma, S., Rosales, P., Técnico, V. M., & Rodas, E. J. Á. (s.f). Guía Práctica de Tamizaje Cervicouterino.
- Palacio-Mejía, L. S., Rangel-Gómez, G., Hernández-Avila, M., & Lazcano-Ponce, E. (2003). Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *salud pública de méxico*, 45, 315-325. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s3/v45s3a05.pdf>

- Paolino, M., Pantelides, E., Bruno, M., Maceira, V., Peña, L., Godoy, J., Farao, S., & Arrossi, S. (2011). Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con Pap anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(8), 21-27. Recuperado de <http://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-VIII.pdf#page=21>
- Papanicolaou, G. N., & Traut, H. F. (1941). The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 42(2), 193-206. doi: 10.1016/S0002-9378(16)40621-6
- Parker, S., & Kleiner, R. J. (1966). *Mental illness in the urban Negro community*. New York: Free Press.
- Pérez-Stable, E. J., Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Hiatt, R. A., & McPhee, S. J. (1992). Misconceptions about cancer among Latinos and Anglos. *Jama*, 268(22), 3219-3223. doi: 10.1001/jama.1992.03490220063029
- Poblano-Verástegui, O., Figueroa-Perea, J. G., & López-Carrillo, L. (2004). Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud pública de México*, 46(4), 294-305. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal044c.pdf>
- Powe, B. D. (1996). Cancer fatalism among African-Americans: a review of the literature. *Nursing outlook*, 44(1), 18-21. doi: 10.1016/S0029-6554(96)80020-0
- Powe, B. D. (2002). Promoting fecal occult blood testing in rural African American women. *Cancer practice*, 10(3), 139-146. doi: 10.1046/j.1523-5394.2002.103008.x
- Programa Operativo Anual. POA. (2011). Mortalidad por cáncer de mama y cáncer cérvicouterino en mujeres indígenas. Recuperado de file:///C:/Users/RED/Downloads/mortalidad_cancer_de_mama_y_cervicouterino.pdf
- Quintana M. (2000). *Factores que promuevan la práctica de la detección oportuna del Cáncer de cuello uterino en mujeres adultas* (Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería) Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/6377/1/1080098242.PDF>
- Regehr, C., Cadell, S., & Jansen, K. (1999). Perceptions of control and long-term recovery from rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 110-115. doi: 10.1037/h0080386
- Reina, L. (1997). *Etnicidad y género entre los zapotecas del Istmo de Tehuantepec, México, 1840-1890. La reindianización de América, siglo XIX*. México DF: Siglo XXI.
- Richaud M. C. (1991). A new multidimensional children's Locus of control scale. *The Journal of Psychology*, 125(1), 109-118. doi: 10.1080/00223980.1991.10543276

- Ríos, M. R. & Mendoza, A. (2012). Programa de prevención de riesgo de cáncer cérvico-uterino (CaCu) para estudiantes universitarias, *Alternativas en Psicología*, 16(26), 68-77. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a07.pdf>
- Rodríguez, G., & Rojas, M. E. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. D.F: Miguel Ángel Porrúa.
- Romaní-Romaní, F., Quispe-Huayta, J., & Rodríguez-Briceño, P. (2007). Percepción sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto. *Cimel*, 12(1), 11-15. Recuperado de http://200.62.146.19/BVRevistas/cimel/v12_n1/pdf/a03v12n1.pdf
- Romero, J. A., Guiscafré, H., & Santillana, M. A. (1997). Factores en la no utilización de detección oportuna del cáncer cervicouterino en medicina familiar. *Rev. méd. IMSS*, 35(3), 227-232.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183. Recuperado de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67783/10.1177_109019818801500203.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Cockerham, W. C. (1983). Social class, Mexican culture, and fatalism: Their effects on psychological distress. *American journal of community psychology*, 11(4), 383-399. doi: 10.1007/BF00894055
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Ruiz, G., & León, J. (2010). Los muertos de Ley 100, prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su ineficacia caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POSC) (Tesis doctoral, Universidad Externado de Colombia) Recuperado de <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/1437/1/JAIME%20LE%20C3%93N%20GA%20C3%91%20C3%81N%20RUIZ.pdf>
- Sagarduy, J. L. Y., Salinas, B. E. P., & Reyes, D. R. (2013). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 22(2), 185-194. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/532/903>
- Saldaña, M. Ascencio, L. & Rangel, N. (2014) Características de la Población Indígena en México en Cuidados Paliativos. *Medicina, Salud y Sociedad*, 4 (3): 268-284. Recuperado de <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/2/2>

- Salgado-Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- Salinas-Martínez, A. M., Villarreal-Ríos, E., Garza-Elizondo, M. E., Fraire-Gloria, J. M., López-Franco, J., & Barboza-Quintana, O. (1997). Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el estado de Nuevo León. *Salud pública de México*, 39(3), 187-194. Recuperado de <http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/349206>
- Saltzer, E. B. (1981). Cognitive moderators of the relationship between behavioral intentions and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 260-271. doi: 10.1037/0022-3514.41.2.260
- Schiffman, M., & Kjaer, S. K. (2003). Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 31, 14-19. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.548.6349&rep=rep1&type=pdf>
- Secretaría de Salud, SS. (s.f). Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino. México. Recuperado de <http://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/normas/014SSA24.pdf>
- Secretaría de Salud de México, SS. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Medicina Preventiva. (1994^a) “Manual de Normas y Procedimientos”. Prevención de los Cánceres Cérvico Uterino y Mamario. México.
- Secretaría de Salud de México, SS. (2002). Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7104.pdf>
- Secretaría de Salud de México, SS. (2004). Estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva. *Salud Publica Mex*; 46(1), 75-88. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n1/a11v46n1.pdf>
- Secretaría de Salud, México, SS. (2006). Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003. México, D.F.
- Secretaría de Salud, México, SS. (2007). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m014ssa294.pdf>
- Secretaría de Salud de México, SS. (2011). El Seguro Popular apoya a mujeres con cáncer cervicouterino. Recuperado <http://www.seguro->

popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=167:2011042702&catid=75:boletines&Itemid=383

- Sejwacz, D., Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Predicting and understanding weight loss: Intentions, behaviors, and outcomes. En I. Ajzen & M. Fishbein (Eds.), *Understanding attitudes and predicting social behaviors* (pp. 101-112). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Smith, M., French, L., & Barry, H. C. (2003). Periodic abstinence from Pap (PAP) smear study: women's perceptions of Pap smear screening. *The Annals of Family Medicine*, 1(4), 203-208. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Henry_Barry2/publication/8646633_Periodic_abstinence_from_Pap_PAP_smear_study_women%27s_perceptions_of_Pap_smear_screening/links/563a5ed908ae405111a58658/Periodic-abstinence-from-Pap-PAP-smear-study-womens-perceptions-of-Pap-smear-screening.pdf
- Smith, T., Orleans, T. y Jenkins, D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and emerging agenda. *Health Psychology*, 23(2), 126-131. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.586.1421&rep=rep1&type=pdf>
- Sosa-Rubí, S. G., Walker, D. & Serván. E. (2009). Práctica de mastografías y pruebas de papanicolaou entre mujeres de áreas rurales de México. *Salud Publica Mex*, 51, 236-245. Recuperado de <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a14.pdf>
- Standing, H. (2000). El género y la reforma del sector salud (No. 3). Pan American Health Org. OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.
- Stein, J. A., Fox, S. A., & Murata, P. J. (1991). The influence of ethnicity, socioeconomic status, and psychological barriers on use of mammography. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(2), 101-113. doi: 10.2307/2137146
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Strecher, V. J., Champion, V. L., & Rosenstock, I. M. (1997). *The Health Belief Model and health behavior. Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*, (pp. 71-91). New York: Plenum Press.
- Tamayo, L. S., Chávez, M., G., & Henao, L. M. (2009). Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 177-186. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/355/1869>
- Tanner-Smith, E. E., & Brown, T. N. (2010). Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health*, 8(1), 95-125. doi: 10.1057/sth.2009.23

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ed. Paidós Básica.
- Tejada-Tayabas, L. M., Hernández-Ibarra, L. E., & Pastor-Durango, M.P. (2012). Fortalezas y debilidades del programa para la detección y el control del cáncer cervicouterino. Evaluación cualitativa en San Luis Potosí, México. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 311-316. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.023
- Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of personality and social psychology*, 74(4), 1078-1092. doi: 10.1037/0022-3514.74.4.1078
- Torres, J. L., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P., Lozano, R., & Franco, F. (2003). La salud de la población indígena en México. *Caleidoscopio de la Salud México FUNSALUD*, 41-54. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Beatriz_Zurita_Garza/publication/267856093_La_salud_de_la_poblacion_indigena_en_Mexico/links/546cffc60cf2a7492c55affa.pdf
- Torres-Poveda, K. J., Arredondo-López, A. A., Duarte-Gómez, M. B., & Madrid-Marina, V. (2008). La mujer indígena, vulnerable a cáncer cérvicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. *Salud en Tabasco*, 14(3), 807-815. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48711373006.pdf>
- Underwood, S. (1992). Cancer risk reduction and early detection behaviors among black men: focus on learned helplessness. *Journal of Community Health Nursing*, 9(1), 21-31. doi: 10.1207/s15327655jchn0901_3
- Urrutia, M. T., Poupin, L., Concha, X., Viñales, D., Iglesias, C., & Reyes, V. (2008). ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(2), 98-103. doi: 10.4067/S0717-75262008000200005
- Valdés, R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 49-59. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/1265/1146>
- Valenzuela, M. T. & Miranda, A. (2001). ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 5, (2-3), 75-80.
- Van, N. (1979). Una evaluación de la asistencia sanitaria en una comunidad maya, Amsterdam: Instituto de Geografía y Planificación de la Universidad Libre de Amsterdam
- Van Til, L.D., MacQuarrie, C., & Herbert, R. (2003). Understanding the barriers to cervical cancer screening among older women. *Qualitative Health Research*, 13(8), 1116-1131. doi: 10.1177/104973230325597

- Vargas, I., Vázquez, M. L., Mogollón-Pérez, A. S., & Unger, J. P. (2010). Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC health services research*, 10(1), 297. doi: 10.1186/1472-6963-10-297
- Vasilachis, I. (1993). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Tucumán, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Vasilevska, M., Ross, S. A., Gesink, D., & Fisman, D. N. (2012). Relative risk of cervical cancer in indigenous women in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: a systematic review and meta-analysis. *Journal of public health policy*, 33(2), 148-164. doi:10.1057/jphp.2012.8
- Vela, M., & Zabala, M. (2011). *Impacto de los conocimientos y actitudes culturales que influyen en la realización del paptest en la mujer indígena de la comunidad de Zumbahua* (Tesis doctoral)
- Vera, L. M., Lopez, N., Orozco, L. C., & Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infecciones por VIH en jóvenes. *Acta méd. colomb*, 26(1), 16-23. <http://ceupromed.ucol.mx/morfo/articulos/articulos/sidayadolescente.pdf>
- Vernon, S. W., Laville, E. A., & Jackson, G. L. (1990). Participation in breast screening programs: a review. *Social science & medicine*, 30(10), 1107-1118. doi: 0.1016/0277-9536(90)90297-6
- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education & Behavior*, 6(1), 107-117. Recuperado de <http://www.vanderbilt.edu/nursing/kwallston/A15.pdf>
- Wallston, K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales. *Journal of health psychology*, 10(5), 623-631. doi: 10.1177/1359105305055304
- Wallston, K. A., Maides, S., & Wallston, B. S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10(2), 215-222. doi: 10.1016/0092-6566(76)90074-X
- Watkins, M. M., Gabali, C., Winkleby, M., Gaona, E., & Lebaron, S. (2002). Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico. *International journal of Gynecological cancer*, 12(5), 475-479. doi: 10.1046/j.1525-1438.2002.01170.x
- Watts, L., Joseph, N., Velazquez, A., Gonzalez, M., Munro, E., Muzikansky, Rauh-Hain, J.A., et al. (2009). Understanding barriers to cervical cancer screening among Hispanic women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(2), 199-e1. doi: 10.1016/j.ajog.2009.05.014

- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health psychology*, 12(4), 324-333. doi: 10.1037/0278-6133.12.4.324
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviews*. London: SAGE Publications.
- Wetzel, C., Tissot, A., Kollar, L. M., Hillard, P. A., Stone, R., & Kahn, J. A. (2007). Development of an HPV educational protocol for adolescents. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 20(5), 281-287. doi: 10.1016/j.jpag.2006.12.002
- Wiesner-Ceballos, C., Cendales, R., Murillo, R.H., Piñeros, M., & Tovar-Murillo S. L. (2010). Following-up females having an abnormal Pap smear in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 1-13. doi: 10.1590/S0124-00642010000100001
- Wiesner-Ceballos, C., Murillo, R. H., Piñeros M., Tovar-Murillo S. L, Cendales R., Gutiérrez M. C. (2009). Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 25(1): 1-8. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n1/01.pdf>
- Wiesner-Ceballos, C., Vejarano-Velandia, M., Caicedo-Mera, J. C., Tovar-Murillo, S. L., & Cendales-Duarte, R. (2006). La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública*, 8(3), 185-196. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a04>
- Wolff, M., Bates, T., Beck, B., Young, S., Ahmed, S. M., & Maurana, C. (2003). Cancer prevention in underserved African American communities: barriers and effective strategies-a review of the literature. *WMJ-MADISON-*, 102(5), 36-40. Recuperado de https://www.wisconsinmedicalsociety.org/_WMS/publications/wmj/pdf/102/5/36.pdf
- World Health Organization [WHO] (2008). *World Cancer Report*. Recuperado de <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>
- Ybarra, J. L., Pérez, B. E., & Romero, D. (2013). Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 22(2), 185-194. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/532/903>
- Yin, R. K. (1984/1989). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series*, Newbury Park CA: Sage
- Zaravia, C., Roxana, N., Valdeiglesias, N., Saco, S., & Mejía, O. (2000). Demora en el diagnóstico de cáncer de mama: factores de la paciente, Hospital Essalud Cusco 1986-1999. *Situa*, (15), 11-6.
- Zarco, J. (2000). El Análisis de Contenido Cualitativo de Prensa como Soporte Técnico para la Asesoría Política. *Investigación y marketing*, 66, 50-53.

Zelaya, F. B., & Munguía M. L. (2008). *Barreras para la realización de la citología cervical en mujeres del Municipio de Telpaneca. SILAIS Madriz, julio noviembre del 2007* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Facultad de Ciencias Médicas). Recuperada de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2631/1/213927.pdf>

Zelviene, A., & Bogusevicius, A. (2007). Reliability and validity of the Champion's Health Belief Model Scale among Lithuanian women. *Cancer nursing*, 30(3), E20-E28. doi: 10.1097/01.NCC.0000270711.72413.a6

Anexos

Anexo A. Guías de entrevista

Guía de entrevista trabajadores de salud.

1. Experiencia de los trabajadores de salud en los programas de tamizaje del CaCu en mujeres juchitecas.

Objetivo. Obtener una descripción, desde la perspectiva de los trabajadores de salud acerca de su experiencia en los programas de tamizaje del CaCu en mujeres juchitecas.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Desde cuándo está usted aquí en la clínica y cómo se ha sentido?
- ¿Podría describirme cómo ha sido su experiencia al trabajar en programas de tamizaje con las mujeres juchitecas?
- ¿Considera que existen dificultades para que pueda realizar su trabajo? ¿Cuáles?
- ¿Podría decirme cuánto personal hay en la clínica para la atención en programas de tamizaje de CaCu? ¿toman la prueba? ¿La interpretan?
- ¿Alrededor de cuántas mujeres llegan al servicio a hacerse la prueba?
- ¿Considera que existen los recursos suficientes para que pueda hacer su trabajo? ¿Para atender a las mujeres en los programas de tamizaje? ¿Qué falta?
- ¿Podría decirme alrededor de cuánto es el tiempo de espera para atender a las mujeres en la clínica? ¿Y para darles los resultados?
- ¿Cree que hay diferencias en las mujeres acerca de la toma del Papanicolau en relación con la edad?
- ¿En su lugar de trabajo existe personal bilingüe? ¿Cuál es su función - puesto? Con base en su experiencia ¿facilita esto el trabajo?

2. Percepción y opinión de los trabajadores de salud acerca de las mujeres juchitecas.

Objetivo. Explorar las percepciones de los trabajadores de la salud respecto a las mujeres juchitecas (Empatía, comprensión, rechazo, incomprensión, etc.).

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Cuál es su opinión acerca de las mujeres que llegan a los servicios?

- ¿Por qué considera que las mujeres juchitecas hacen uso de los servicios de salud?
- ¿Aproximadamente cuántas mujeres atiende por día (semana)?
- ¿Por qué cree que las mujeres vienen a los programas de tamizaje?
- ¿Ha notado alguna dificultad para que las mujeres acudan o regresen a los servicios?
- ¿Por qué cree usted que las mujeres no vienen o no regresan?
- ¿Qué observa en las mujeres al realizarse el Papanicolau, están dispuestas? ¿De acuerdo a su punto de vista, cómo conciben el análisis ginecológico?
- ¿Cuál es su percepción acerca de la relación de las mujeres y los médicos? (sólo a las enfermeras)
- ¿Considera que las mujeres tienen información acerca del Papanicolau? y ¿Acerca del CaCu? ¿Desde su perspectiva, cómo lo demuestran las mujeres que sí saben?
- ¿Cómo ve la situación de la toma del Papanicolau en las mujeres de acá? ¿Es diferente en otras poblaciones? (Si ha trabajado en otra población).

3. Perfil sociodemográfico.

Objetivo. Conocer y poder situar a los participantes en su contexto socioeconómico.

- 1.) Sexo
- 2.) Edad
- 3.) Estado Civil
- 4.) Lugar de Nacimiento
- 5.) Profesión
- 6.) Tiempo trabajando en la institución y en programas de tamizaje
- 7.) Tiempo trabajando en la región zapoteca
- 8.) Hablante del zapoteco

Guía de entrevista mujeres juchitecas con antecedentes de citología cervical.

1. Explorar el conocimiento general y las creencias acerca del CaCu y de la toma de la citología cervical en una muestra de mujeres juchitecas que se han realizado la citología cervical.

Objetivo. Identificar el conocimiento y las creencias que tienen las mujeres juchitecas acerca del CaCu y de la toma de la citología cervical.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Ha escuchado hablar de las enfermedades en la mujer?
- ¿De acuerdo a lo que usted ha visto, de qué es lo que se enferman las mujeres, tienen diferentes enfermedades que los hombres?
- ¿Ha escuchado hablar del cáncer cervicouterino? ¿Dónde lo escucho por primera vez? (si procede)
- Con sus propias palabras ¿podría decirme que sabe del cáncer cervicouterino?
- ¿Qué piensa qué hacen las mujeres con cáncer cervicouterino para curarse?
- ¿Por qué cree que una mujer se enferma de cáncer cervicouterino?

2. Experiencia y vivencia de las mujeres en programas de tamizaje y realización de la citología cervical.

Objetivo. Obtener una breve descripción, desde la perspectiva de las mujeres juchitecas acerca de su experiencia en los programas de tamizaje del CaCu y la realización de la citología cervical.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Cómo se enteró usted de esta prueba? ¿Quién se lo informó?
- ¿Qué le han dicho acerca de para qué sirve?
- ¿Conoce a otras personas que se lo hayan realizado?
- En caso de respuesta afirmativa: ¿sabe si ha sido útil para ellas?
- ¿Qué le diría a un familiar o a una hija (si tiene) acerca de la prueba?
- ¿Cuál ha sido su experiencia al venir al centro de salud y tomarse el Papanicolaú?
- ¿Cómo fue su relación con los médicos-enfermeras? ¿Cómo se sintió al ser revisada por los médicos-enfermeras?
- ¿Cuántas veces ha ido?

3. Barreras para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas que ya se la han realizado.

Objetivo. Conocer las barreras y facilitadores para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas que ya se la han realizado.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Cuáles fueron sus razones o motivos por las que se acercó a tomarse el Papanicolaú?

- Antes de realizarse la prueba, ¿tuvo dificultades para acercarse y realizársela?
- ¿Desde su punto de vista que piensan las demás personas cuando va a realizarse el Papanicolau?
 - ¿Qué cree que piensan los hombres acerca de este procedimiento? ¿Y usted qué piensa?
 - ¿Por qué cree que hay mujeres que no acuden a realizarse el Papanicolau?
 - ¿Qué piensa que podría ayudar a las mujeres que no se han realizado el papanicolau para que se lo realicen?

4. Perfil sociodemográfico.

Objetivo. Conocer y poder situar a los participantes en su contexto socioeconómico.

1. Edad
2. Estado Civil
3. Lugar de Nacimiento
4. Ocupación
5. Número de hijos
6. Religión

Guía de entrevista mujeres juchitecas sin antecedentes de citología cervical.

1. Explorar el conocimiento general y las creencias acerca del CaCu y de la toma de la citología cervical en una muestra de mujeres juchitecas sin antecedentes de participación en pruebas de tamizaje de CaCu.

Objetivo. Identificar el conocimiento y las creencias que tienen las mujeres juchitecas sin antecedentes de participación en pruebas de tamizaje de CaCu acerca del CaCu y de la toma de la citología cervical.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Ha escuchado hablar de las enfermedades en la mujer?
- ¿De acuerdo a lo que usted ha visto, de qué es lo que se enferman las mujeres, tienen diferentes enfermedades que los hombres?
 - ¿Ha escuchado hablar del cáncer cervicouterino? ¿Dónde lo escucho por primera vez? (si procede)

- Con sus propias palabras ¿podría decirme que sabe del cáncer cervicouterino?
- ¿Qué piensa qué hacen las mujeres con cáncer cervicouterino para curarse?
- ¿Por qué cree que una mujer se enferma de cáncer cervicouterino?

2. Barreras para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas sin antecedentes de participación de pruebas de tamizaje de CaCu.

Objetivo. Conocer las barreras y facilitadores para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas que ya se la han realizado.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Ha escuchado hablar del papanicolau? ¿Dónde lo escuchó por primera vez? (si procede)
- ¿Qué sabe del papanicolau?
- ¿Por qué cree que las mujeres no acuden a realizarse el papanicoalu?
- ¿Qué piensa de las mujeres que acuden?
- ¿Qué cree que piensan los hombres acerca de este procedimiento?
- ¿Qué le han contado acerca de la prueba?
- ¿Piensa hacerse la prueba? ¿Por qué? ¿Sabe dónde se realizan el papanicolau?

3. Utilización, conocimiento, experiencia en el acceso y atención a los centros de salud y conocimiento de los programas de tamizaje.

Objetivo. Identificar el conocimiento de las mujeres juchitecas sin antecedentes previos de asistencia a programas de tamizaje del CaCu acerca de estos programas, y el uso de los centros de salud.

Procedimiento sugerido (preguntas):

- ¿Cuándo se enferma acude usted a los centros de salud? ¿En qué casos usted acudiría al médico?
- ¿Qué piensa de las personas que acuden a los centros de salud?
- ¿Qué opina de los centros de salud? Con sus propias palabras ¿cómo los describiría?

4. Perfil sociodemográfico.

Objetivo. Conocer y poder situar a los participantes en su contexto socioeconómico

1. Edad

2. Estado Civil
3. Lugar de Nacimiento
4. Ocupación
5. Número de hijos
6. Religión

Anexo B. Consentimientos informados

Consentimiento informado trabajadores de salud.

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a: trabajadores de la salud en programas de tamizaje de cáncer cervicouterino para mujeres juchitecas a quienes se les invita a participar en la investigación:

“Barreras psico-socio-estructurales para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas”

Investigador Principal: Minerva Saldaña Téllez

Organización: Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM

Introducción/Objetivo: Mi nombre es Minerva Saldaña, soy estudiante de Doctorado en la Universidad Nacional de México y estoy realizando un estudio sobre la ocurrencia de cáncer cervicouterino en mujeres juchitecas, pues este padecimiento es muy común en el istmo. El objetivo de este proyecto es conocer las razones por las que las mujeres juchitecas participan o no en programas de prevención de cáncer cervicouterino.

Procedimientos: Si Usted acepta participar en el estudio, le invitaremos a participar en una entrevista con la investigadora principal, para conocer sus opiniones y experiencias acerca de su trabajo en pruebas de tamizaje del cáncer cervicouterino para mujeres juchitecas. Es importante aclarar que no habrán respuestas correctas ni incorrectas, solamente queremos conocer su opinión acerca de este tema.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 60 a 90 minutos. Si usted está de acuerdo, se audio grabará la entrevista con la única finalidad de tener registrada toda la información y poder analizarla.

Beneficios: Estará colaborando para conocer las razones por las que las mujeres zapotecas de Juchitán acuden o no a estos programas, nos permitirá en un futuro sugerir estrategias para

aumentar su participación en estos programas y que disminuya la mortalidad por esta enfermedad en mujeres juchitecas.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para esta investigación será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente para fines estadísticos y procesada de manera automática, de tal manera que no manejaremos nombres sino solo respuestas. Aun cuando no podemos garantizar que los asistentes al grupo guarden la confidencialidad de la información que se discuta, se les invitará a que eviten comentarla con otras personas.

Para asegurar la confidencialidad de sus datos, usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado(a). Y si lo desea se le enviará una copia del manuscrito que se someta a publicación.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación son mínimos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten en la entrevista le hicieran sentir incómodo(a), tiene derecho de no comentar al respecto.

Es importante aclararle que Usted no recibirá pago alguno por participar en esta investigación y tampoco tendrá costo alguno para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted puede parar la entrevista en el momento que desee, no obstante su participación es de suma importancia para alcanzar el objetivo descrito: conocer las razones por las que las mujeres juchitecas participan o no en programas de prevención de cáncer cervicouterino.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, le vamos a dejar una tarjeta con la información de la investigadora responsable del estudio.

¡Muchas gracias por su participación

Consentimiento informado mujeres juchitecas.

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a: mujeres juchitecas a quienes se les invita a participar en la investigación:

“Barreras psico-socio-estructurales para la toma de la citología cervical en mujeres juchitecas”

Investigador Principal: Minerva Saldaña Téllez

Organización: Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM

Introducción/Objetivo: Mi nombre es Minerva Saldaña, soy estudiante de Doctorado en la Universidad Nacional de México y estoy realizando un estudio sobre la ocurrencia de cáncer cervicouterino en mujeres juchitecas, pues este padecimiento es muy común en el istmo. El objetivo de este proyecto es conocer las razones por las que las mujeres juchitecas participan o no en programas de prevención de cáncer cervicouterino.

Procedimientos: Si Usted acepta participa en el estudio. le invitaremos a participar en una entrevista con la investigadora principal, para conocer sus opiniones y experiencias acerca de las pruebas para detectar el cáncer cervicouterino. Es importante aclarar que no habrán respuestas correctas ni incorrectas, solamente queremos conocer su opinión acerca de este tema.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 60 a 90 minutos. Si usted está de acuerdo, se grabará la entrevista con la única finalidad de tener registrada toda la información y poder analizarla.

Beneficios: Estará colaborando para conocer las razones por las que las mujeres juchitecas acuden o no a estos programas. Con la información que obtengamos de este estudio podremos proponer programas comunitarios y educativos que ayuden a reducir la presencia de cáncer en las mujeres juchitecas. Por eso su participación es tan importante.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para esta investigación será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente para fines estadísticos y procesada de manera automática, de tal manera que no manejaremos nombres sino solo respuestas.

Para asegurar la confidencialidad de sus datos, usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se

presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado(a). Y si lo desea se le enviará una copia del manuscrito que se someta a publicación.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación son mínimos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten en la entrevista le hicieran sentir incómoda, tiene derecho de no comentar al respecto.

Es importante aclararle que Usted no recibirá pago alguno por participar en esta investigación y tampoco tendrá costo alguno para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted puede parar la entrevista en el momento que desee, no obstante sus participación es de suma importancia para alcanzar el objetivo descrito: conocer las razones por las que las mujeres juchitecas participan o no en programas de prevención de cáncer cervicouterino.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, le vamos a dejar una tarjeta con la información de la investigadora responsable del estudio.

¡Muchas gracias por su participación!