

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
FAREM – MATAGALPA

Programa de doctorado en salud pública



**Influencia de los conocimientos, actitudes y creencias sobre el
cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de tres
departamentos de Nicaragua**

Tesis para optar al grado científico de doctor en salud pública

Autora: Karen Vanessa Herrera Castro, MSc.

Tutor: Igor Martín Ramos Herrera, Ph.D.

Matagalpa, Nicaragua marzo de 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
FAREM – MATAGALPA

Programa de doctorado en salud pública



**Influencia de los conocimientos, actitudes y creencias sobre el
cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de tres
departamentos de Nicaragua**

Tesis para optar al grado científico de doctor en salud pública

Autora: Karen Vanessa Herrera Castro, MSc.

Tutor: Igor Martín Ramos Herrera, Ph.D.

Matagalpa, Nicaragua marzo de 2020

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
IV. JUSTIFICACIÓN	12
V. OBJETIVOS	14
VI. MARCO TEÓRICO	15
VII. HIPÓTESIS DE TRABAJO	39
VIII. METODOLOGÍA	40
IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	49
X. CONCLUSIONES	71
XI. RECOMENDACIONES	74
XII. BIBLIOGRAFÍA	75
XIII. ANEXOS	85

DEDICATORIA

A Dios, mis padres y mi amado hijo que son los motores de mi existencia.

AGRADECIMIENTO

A las mujeres de las comunidades de mi país, mujeres valientes, fuertes y trabajadoras.

A las parteras y líderes de salud cuyo trabajo voluntario ha significado la diferencia en el trabajo preventivo del modelo de salud familiar y comunitario de Nicaragua.

A mis maestros Dr. Igor Ramos, Dr. Noe Alfaro, Dr. Thankam Sunil, fuentes de inspiración constante.

OPINION DEL TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD/

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

Guadalajara, Jalisco, México, a 11 de septiembre de 2019

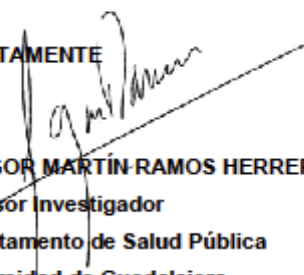
ASUNTO: OPINION DEL TUTOR

A QUIEN CORRESPONDA:

El estudio de los conocimientos, creencias y actitudes sobre temas de salud ha tomado gran relevancia en la actualidad dada la gran inequidad y disparidad de los servicios que se ofrecen a las poblaciones. Este trabajo aporta conocimiento científico para que las autoridades sanitarias reorienten sus políticas de prevención y diagnóstico oportuno de enfermedades crónicas, como el cáncer cérvico uterino, tomando en cuenta la perspectiva de quienes reciben esos servicios, lo que permitiría ser más efectivos y mejorar las condiciones de vida de las personas. La tesis de la Maestra Karen Herrera, que ahora leemos, es un fiel ejemplo de investigación científica a través de métodos cualitativos para la mejora de los servicios de salud, aplicada con gran rigor científico y seguimiento de todas y cada una de las etapas de aplicación del método. Sus resultados pueden ser presentados a las autoridades sanitarias y de ser aplicados, seguramente tendrán un impacto importante en el corto y mediano plazo en las comunidades de Nicaragua.

Sin otro particular, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DR. IGOR MARTÍN RAMOS HERRERA
Profesor Investigador
Departamento de Salud Pública
Universidad de Guadalajara

Sierra Mojada 950 Edif. 4º (Planta Alta), Puerta 2, Col. Independencia. C.P. 44340. Tel. 1058-5200, ext. 33900

www.cucs.udg.mx

RESUMEN

La presente investigación se planteó explorar la influencia de los conocimientos, actitudes y creencias acerca del cáncer cervicouterino sobre las acciones de prevención de las mujeres en edad fértil residentes de tres departamentos de Nicaragua ya que es la segunda causa de muerte por tumores en las mujeres en este país (MINSA, 2015). Para la realización de este estudio se efectuó un abordaje fenomenológico, con un muestreo basado en teoría. Se entrevistaron a quince mujeres procedentes de zonas periurbanas y rurales de los departamentos de Jinotega, Chinandega y Estelí. Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada con preguntas abiertas. Adicionalmente se entrevistaron diez líderes de salud, en búsqueda de elementos adicionales propios de la comunidad relacionados con el tema de investigación. Los conocimientos sobre la etiología y el tratamiento del cáncer cervicouterino fueron inadecuados ya que fue atribuida la etiología de la enfermedad al uso de anticonceptivos, falta de higiene personal e incluso a la ingesta de ciertos alimentos. Las actitudes ante un posible diagnóstico de cáncer cervicouterino fueron en su mayoría fatalistas incluso en los líderes de salud. Se concibe como una enfermedad incurable y mortal, además de generar vergüenza y tristeza. Las creencias sobre la etiología de la enfermedad fueron explicadas por aspectos religiosos, conductas sexuales no apropiadas. Fue evidente la influencia negativa del poco conocimiento, las creencias populares y las actitudes fatalistas como barreras para la realización del papanicolaou incluso en los líderes de salud y parteras lo que no favorece la percepción de riesgo para contraer la enfermedad ni la oportuna búsqueda de atención médica. Se debe implementar un plan educativo para las mujeres de zonas rurales de Nicaragua a través de los equipos de salud familiar y comunitaria incorporando a la pareja y líderes de salud.

Palabras claves: cáncer cervicouterino, creencias, actitudes, prevención

ABSTRACT

This research aimed to explore the influence of knowledge, attitudes and beliefs about cervical cancer on prevention actions for women in fértil age living in three departments of Nicaragua as it is the second leading cause of death from tumors in women in this country (MINSa, 2015). To carry out this study, a phenomenological approach was carried out, with a theory-based sampling. Fifteen women from periurban and rural areas of the departments of Jinotega, Chinandega and Estelí were interviewed. The semi-structured in-depth interview with open questions was used. Additionally, ten health leaders were interviewed, in search of additional elements of the community related to the research topic. The knowledge about the etiology and treatment of cervical cancer was inadequate since the etiology of the disease was attributed to the use of contraceptives, lack of personal hygiene and even the intake of certain foods. Attitudes towards a possible diagnosis of cervical cancer were mostly fatalistic even in health leaders. It is conceived as an incurable and deadly disease, in addition to generating shame and sadness. Beliefs about the etiology of the disease were explained by religious aspects, inappropriate sexual behaviors. The negative influence of little knowledge, popular beliefs and fatalistic attitudes as barriers to the realization of the pap smear was evident, even in health leaders and midwives, which does not favor the perception of risk for contracting the disease or the opportune search for medical care. An educational plan for women in rural areas of Nicaragua must be implemented through the family and community health teams incorporating the couple and health leaders.

Keywords: cervical cancer, beliefs, attitudes, prevention

LISTADO DE ACRÓNIMOS

Ca Cu	Cáncer cervicouterino
MEF	Mujeres en edad fértil
IVSA	Inicio de la vida sexual activa
MINSA	Ministerio de Salud
SILAIS	Sistemas locales de atención integral en salud
PAP	Papanicolaou
VPH	Virus del papiloma humano
IVAA	Inspección visual con ácido acético
ITS	Infecciones de transmisión sexual
NIC	Neoplasia intracervical
LEI	Lesión intraepitelial
EIP	Enfermedad inflamatoria pélvica
INEC	Instituto nacional de estadísticas y censos
ESAF	Equipo de salud familiar y comunitario.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfocó en la necesidad de estudiar un problema de salud pública con tasas de mortalidad tres veces más altas en latinoamérica que en norteamérica. En el 2012, más de 83,100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino en la región de las Américas y casi 35,700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad (PAHO, 2014).

A pesar de ser altamente prevenible, el cáncer cervicouterino sigue causando la muerte de 35,700 mujeres cada año en la región de las américas, la mayoría de las cuáles (80%) residen en américa latina(PAHO, 2014).

El cáncer cervicouterino pone de manifiesto las enormes desigualdades existentes en la región en términos de riqueza, género y acceso a los servicios de salud (PAHO, 2014).

Nicaragua enfrenta el reto de la transición epidemiológica y demográfica que representa un envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la carga de enfermedades no transmisibles y de las enfermedades crónicas y el aumento en la incidencia de cáncer. El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte por tumores en las mujeres en este país. El sexo femenino representa la mayor proporción de neoplasias con el 74,0% esto debido al alto peso porcentual que aportan los tumores de los órganos genitales femeninos (MINSAs, 2015).

El gobierno de Nicaragua trabaja activamente en el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino a través del papanicolaou, sin embargo persiste alta incidencia y prevalencia y aún existen razones que contribuyen a la demoras de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta patología, que es prevenible y curable en su estadios incipientes (MINSAs, 2015).

En revisiones sistemáticas y en metaanálisis se ha documentado las disparidades que existen en relación con la incidencia, cobertura de tamizaje, tratamiento, sobrevivida y mortalidad por cáncer en la mujer (Beccaro, 2007). Estas

disparidades son relativas al acceso al diagnóstico y tratamiento de mujeres con menor nivel educativo y con poco acceso geográfico a servicios de salud y atención especializada.

Otra evidencia muestra que en poblaciones marginadas, en términos sociales, geográficos y económicos, sus habitantes tienen una mayor probabilidad de morir por cánceres prevenibles, dado que no reciben un diagnóstico temprano y por tanto el tratamiento no es oportuno (Goddard, 2011).

En la enfermedad del cáncer además de los determinantes antes mencionados influyen las creencias socialmente compartidas que forman el núcleo central del conocimiento que estos pacientes tienen sobre la enfermedad (Berger, 1996). A partir de estos conocimientos compartidos, el paciente lleva a cabo una lectura e interpretación de la realidad y toma una determinada posición en relación a ella, lo que a su vez incide en la atención en salud (Gutiérrez, 1998).

Actualmente no caben dudas de que tanto la salud como la enfermedad son categorías socioculturales incrustadas en el sistema de creencias y valores de la sociedad (y matizadas particularmente según grupos dentro de ella), y por tanto pueden variar de cultura en cultura y de un momento histórico a otro, de ahí la pertinencia de aproximarse al sistema de creencias y valores de la población, incorporando éstas a las actividades educativas y preventivas así como a la práctica clínica (Aguinaga Roustán, et al., 1983).

En el plano de los comportamientos preventivos, por ejemplo, distintos estudios muestran que dichos comportamientos no están explicados por un conjunto único de razones, sino que dependen significativamente de la percepción que las mujeres tienen de la “amenaza” de una enfermedad o conducta, y de la eficacia que la acción preventiva tiene sobre la reducción de dicha amenaza. En este sentido, las creencias juegan un papel muy importante en materia de salud y de conductas preventivas. Asimismo, la adopción de acciones preventivas también se encuentra determinada por la evaluación de viabilidad y eficacia que la persona realiza de

dicha acción, una estimación subjetiva de los beneficios potenciales en función de los costos físicos, sociales, económicos que le implica (Lostao, 2000).

El enfoque general desde el cual parte la presente investigación es aquel que entiende que “Salud y enfermedad expresan una relación que atraviesa el cuerpo individual y social, confrontándose con turbulencias del ser humano en cuanto ser total. Son fenómenos clínicos y sociológicos vividos culturalmente” (Minayo, 2004).

La historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica. Así mismo, en carácter social se verifica en la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. Diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto (Laurell, 1981).

Por tanto, la presente investigación analiza la influencia de los conocimientos, las creencias y actitudes sobre el cáncer cervicouterino en las mujeres de los departamentos de Jinotega, Chinandega y Estelí bajo una perspectiva cualitativa.

La comprensión de lo que expresan las mujeres y los líderes de salud de las comunidades visitadas permite profundizar en los determinantes sociales del mismo y puede aportar al sector salud de Nicaragua elementos para fortalecer la promoción y la sensibilización de las mujeres para acudir a las unidades de salud para revisiones periódicas y en busca de tratamiento oportuno.

II. ANTECEDENTES

Se revisaron antecedentes en diferentes países y regiones sobre los conocimientos actitudes y creencias acerca del cáncer cervicouterino:

Cubas & Milenith, 2010 al describir los determinantes administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia cáncer de cuello uterino en Perú mencionan que el tipo de relaciones proveedor y usuario inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son lo determinantes más significativos.

En relación a las actitudes con respecto al cáncer cervicouterino en las mujeres en edad reproductiva en zonas rurales de Tanzania encontraron que los factores de nivel individual, incluyendo la edad, la calidad de vida, el conocimiento y la concienciación sobre la enfermedad, así como los factores estructurales, tales como el acceso a los medios de comunicación y las barreras de costos para el cuidado de la salud, fueron predictores modificables (Powell Perng, et al., 2013).

En una amplia revisión bibliográfica en MEDLINE, ProQuest, Scielo y metabuscador Tripdatabase ,se seleccionaron 45 artículos con el fin de identificar, describir y analizar las principales creencias relacionadas al VPH concluyendo que la educación en salud debe considerar aspectos cognitivos, sociales y culturales de donde emergen las creencias de la población para poder abordarlas con un modelo teórico que lo sustente. Además enfatiza que el cuidado de las personas entregado por los profesionales de la salud debe ser integral, teniendo en consideración todas las dimensiones de la persona y no sólo considerar el ámbito biológico, sino que también, contemplar para una intervención eficiente los pensamientos, sentimientos y la cultura dentro de la cual emergen las creencias (Concha P, Urrutia, & Riquelme H, 2011).

En un estudio en Colombia, mostraron que no existía coherencia en lo que sabías, pensaban y hacían las mujeres de un grupo de estudio sobre cáncer

cervicouterino, y reflejó que las estrategias que se habían utilizado para la difusión de la información en esta comunidad no estaban llegando de manera efectiva. En algún momento de este proceso aparecen los problemas y este se interrumpe: puede ser que las mujeres no tengan información suficiente sobre la gravedad del problema o cómo detectarlo; también puede ser que las muestras recolectadas se pierdan o estropeen; quizá las usuarias no regresen al servicio de salud para la lectura de su resultado; que exista una perspectiva negativa del tiempo que tienen que esperar para recibir los resultados y por ende no los reclamen, o es muy probable que el acceso al tratamiento para solucionar la lesión sea imposible para la mujer por su costo o por temor y vergüenza (López & Calderón, 2013)

Por lo anterior se puede deducir que la falta de tiempo y dinero influye en un porcentaje bajo para la toma y recolección de los resultados de la citología. En la población estudiada, las mujeres más jóvenes tenían menor conocimiento sobre cómo se detecta el cáncer de cuello uterino, las de mayor edad tenían menor conocimiento de cómo se previene.

Una investigación en mujeres atendidas en el hospital “Mama Ashu”, distrito de Chacas en el Perú reportó que la mayoría de mujeres, no tenían un conocimiento global sobre la prevención del cáncer cervicouterino. Así mismo las brechas del conocimiento se centraban en que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del papanicolaou y desconocían la importancia del mismo y el lugar de donde se toma la muestra. La mayoría de mujeres tenían una actitud global favorable frente a la toma del papanicolaou (Elicet, Guillermo, & Solís, 2014).

En Chihuahua (México) se propusieron identificar las variables psico-socio-culturales que explican por qué las mujeres de no acudían al examen preventivo del cáncer cervicouterino, específicamente la citología exfoliativa cervicovaginal denominada Papanicolaou. Pudieron identificar que la influencia de la madre aumenta la probabilidad de realizarse el estudio. También es importante mencionar las declaraciones más llamativas, tales como “mi estado de salud se debe a mí misma”, “casi nunca me enfermo” (Valdés, 2004).

Otras variables que afectan la probabilidad de realizarse el estudio del Papanicolaou es la desventaja percibida por las mujeres del grupo “de sentir pudor o vergüenza durante el estudio” y “malestares y dolor después del mismo”. Algunas de las mujeres mencionan que “el estudio las inhibe”. Asimismo, aumentó considerablemente la probabilidad de realizarse el estudio el que la mujer perciba como ventaja “prevenir a tiempo el cáncer”, “evitar gastos económicos más fuertes” y tener una “vida sin molestias”.

En lo que se refiere a las creencias, es importante destacar que la probabilidad de no realizarse el papanicolaou fue mayor en las mujeres que creían que la incidencia de cáncer cervicouterino es menor en mujeres de clase media, y en las que creían que este tipo de cáncer les da solamente a mujeres de piel blanca. También se encontró que aquellas mujeres que tienen creencias que científicamente sí están asociadas al cáncer cervicouterino como lo son “la poca higiene genital en las parejas” y “el haber contraído el virus del papiloma humano” tienen una tendencia mayor a realizarse el estudio del papanicolaou. También fue evidente la importancia que tuvo la percepción positiva de servicios administrativos relacionados con el papanicolaou para que las mujeres presentaran comportamientos preventivos efectivos.

Alvarez, 2000 señala que el objetivo de su trabajo fue describir la adecuación de mujeres que han postergado más de un año la realización del papanicolaou a su rol tradicional y a la valoración de su sexualidad, bajo el supuesto de que ello incide en su disposición a realizarse el examen. Encontramos que estas mujeres manifiestan su acuerdo con el discurso tradicional sobre la mujer como madre sacrificada y auto postergada; sin embargo, hay atisbos de que este discurso no es ya tan mayoritario en lo que dice relación a la libertad personal y especialmente a la valoración de la sexualidad.

Hay una tendencia, más fuerte entre las mujeres con más educación formal, hacia un discurso que valora el placer sexual como una necesidad de las mujeres y que separa el ejercicio de la sexualidad de las potencialidades reproductivas.

También llama la atención el que alrededor de un cuarto de la muestra vincula la prevención del CaCu con la limpieza y el control de la sexualidad, a lo cual se agregan las opiniones recogidas respecto a considerar los genitales como esencialmente desagradables, independientemente de los esfuerzos de las mujeres por estar limpias.

El examen ginecológico, en tanto implica la intromisión de un profesional en partes íntimas del cuerpo – y los genitales son partes privadas aún en culturas que valoran muy positivamente la sexualidad – siempre resultará más complicado para las mujeres que una revisión de sus brazos o piernas; pero si además se asocia a esos órganos la sensación de constante suciedad y mal olor, así como el miedo a contraer infecciones o cáncer, es fácil entender que posterguen la toma del papanicolaou.

En Nicaragua existe poca evidencia de estudios cualitativos en el tema de cáncer cervicouterino probablemente debido a que por su alta prevalencia e incidencia, los esfuerzos están dirigidos a medir cuantitativamente el fenómeno y sus tendencias.

Un estudio realizado en el Departamento de Rivas, Nicaragua, indagó sobre creencias y percepciones de las mujeres relacionadas a aspectos preventivos del cáncer cervicouterino. Los resultados mencionan que casi un tercio de la población objetivo estaba reacia a asistir a los programas de detección precoz en el futuro. Esto especialmente en mujeres con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino (Claeys, et al., 2002).

La falta de conocimiento y los factores relacionados con el bajo nivel socioeconómico y nivel educativo fueron las principales barreras para la detección de esta patología. La mayor parte de las barreras percibidas como el miedo a la prueba, la negligencia y la creencia que el Papanicolaou es innecesario en ausencia de síntomas. También se menciona que siempre que sea posible, los servicios de detección debe ser proporcionada por trabajadoras de la salud, ya que dos tercios de las mujeres prefieren una trabajadora de la salud femenina.

Un estudio realizado por el (Ministerio holandés de asuntos exteriores, 2012) analizó el efecto que ha tenido el programa sectorial implementado por el Centro de Mujeres Ixchen en alianza con el Ministerio de Salud de Nicaragua en la detección y el tratamiento del cáncer cérvico-uterino, sobre el comportamiento de búsqueda y uso de servicios de salud por parte de las mujeres Nicaragüenses usuarias del programa. Se encontró que el acceso a educación, clave para muchos otros aspectos de la vida, es también importantísimo para la toma de conciencia sobre la importancia de controles de salud reproductiva. Adicionalmente, se encontró una relación positiva entre el embarazo y la búsqueda de papanicolaou.

Es decir, el embarazo aumenta la probabilidad de hacerse un papanicolaou, pero el estudio también muestra, por otro lado, que tener hijos pequeños, disminuye significativamente la probabilidad de hacerse dicho examen, ya que necesitan que alguien los cuide mientras sus madres van al servicio de salud, o llevárselos, lo cual genera más costos. Esto es un hallazgo importante en el contexto Nicaragüense, donde hay una alta tasa de familias con niños menores de seis años.

Llama la atención que el apoyo de la pareja aparentemente no tiene efecto significativo sobre la decisión de las mujeres de hacerse (o seguir haciendo) un papanicolaou. Aunque las mismas mujeres expresan tener visiones bastante tradicionales sobre la división de los roles de género, esto demuestra una mayor apertura de las mujeres hacia la toma de decisiones de forma más autónoma con respecto a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, habrá que considerar que el grupo que logró salir de la casa y hacerse el Papanicolaou, podría bien tener características diferentes a las mujeres que no llegaron, es decir, las que no llegaron quizás no tenían o no sintieron tener la referida 'autonomía de decisión' (Ministerio holandés de asuntos exteriores, 2012).

Los resultados del estudio cualitativo indican un conocimiento limitado sobre la prueba de Papanicolaou (frecuencia de los exámenes, lugar y procedimiento para la toma de la muestra), y las causas del cáncer cérvico-uterino. Adicionalmente, las mujeres con diagnóstico positivo enfrentaron una serie de obstáculos al inicio de su

tratamiento como el miedo, no tener quien les cuidara los niños, y falta del dinero para pagar los gastos asociados con el tratamiento.

Vastbinder, Castillo, & Bekkers, 2010 reflejan en sus resultados que la cobertura de tamizaje y los servicios de citología son adecuadas en Nicaragua, pero el seguimiento y/o el tratamiento después de una detección de resultados anormales es insuficiente. Al indagar sobre conocimientos en este estudio casi la mitad de las mujeres sabían que el MINSA recomienda realizarse una prueba anual de papanicolaou y casi un tercio de las mujeres no tenían ni idea de con qué frecuencia el MINSA informa la periodicidad de dicha prueba.

Oliveira, 2015, en el Hospital Alemán Nicaragüense, encontró que la edad de las mujeres al igual que el grado de escolaridad fueron factores influyentes para el nivel de conocimiento y las actitudes para realizarse papanicolaou; demostrando que las mujeres de mayor edad y mayor nivel educativo tenían un grado de conocimiento alto y actitudes favorables.

La actitud positiva o favorable prevaleció en la tercera parte de las mujeres pero predominó una actitud indiferente ante quien debía realizar la toma Papanicolaou y la opinión que tenga la pareja para realizarse el test.

Se realizó un estudio en el Centro de Salud Roger Osorio de Managua sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de papanicolaou en los meses de Junio a Diciembre del 2010, reportando que el 79,0% de mujeres conocían que la prueba se realiza en mujeres que ya iniciaron vida sexual, el 92,0% respondieron que en la prueba de papanicolaou pueden detectarse infecciones de transmisión sexual (Tenorio, 2010).

No se encontró ninguna investigación en Nicaragua que indagara los conocimientos, creencias y actitudes de las mujeres hacia el cáncer cervicouterino como plantea explorar esta investigación.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la introducción de la detección del cáncer de cuello uterino, las tasas de mortalidad por no han disminuido en la mayoría de los países de América Latina.

En Nicaragua para el año 2015 a pesar de la reducción gradual del CaCu se observó que las tasas de incidencia aún persisten elevadas. (Tasa de incidencia de 28 por cada 100,000 MEF comparado con Costa Rica tasa de 14, Ecuador 18.7, Cuba 14.3 y Canadá 8.3 por cada 100,000 MEF) (IARC-WHO, 2019) (MINSAL, 2015).

El sistema de salud de Nicaragua se caracteriza por una red integrada de servicios de salud con principios de gratuidad y universalidad y por tanto acceso a realización de papanicolaou desde el primer nivel de atención pero generalmente es difícil persuadir a las mujeres especialmente a las de las zonas rurales para la toma del papanicolaou.

En México, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Perú y El Salvador, los principales factores que afectan a la participación son las normas sociales y culturales que influyen en las nociones de las mujeres acerca de la salud y la enfermedad, la accesibilidad a los centros de atención de la salud y la disponibilidad de servicios de calidad (Bingham, Bishop, Coffey, & al, 2003).

No existe evidencia sobre las actitudes y creencias en relación al cáncer cervicouterino en Nicaragua y de cómo esto incide en la actitud hacia el diagnóstico precoz y hacia la misma enfermedad.

En Nicaragua no se ha explorado si como lo explica el modelo de creencias en salud (Kirscht, 1998) las mujeres perciben susceptibilidad, la severidad de la enfermedad así como las posibles barreras hacia el diagnóstico y tratamiento o los beneficios de acceder a los servicios de salud de manera oportuna como impedimentos o facilitadores para realizar un comportamiento saludable.

En la Figura 1 se muestra una adaptación de este modelo al problema del cáncer cervicouterino que explica todos los factores que pueden influir para la detección de la patología de estudio.

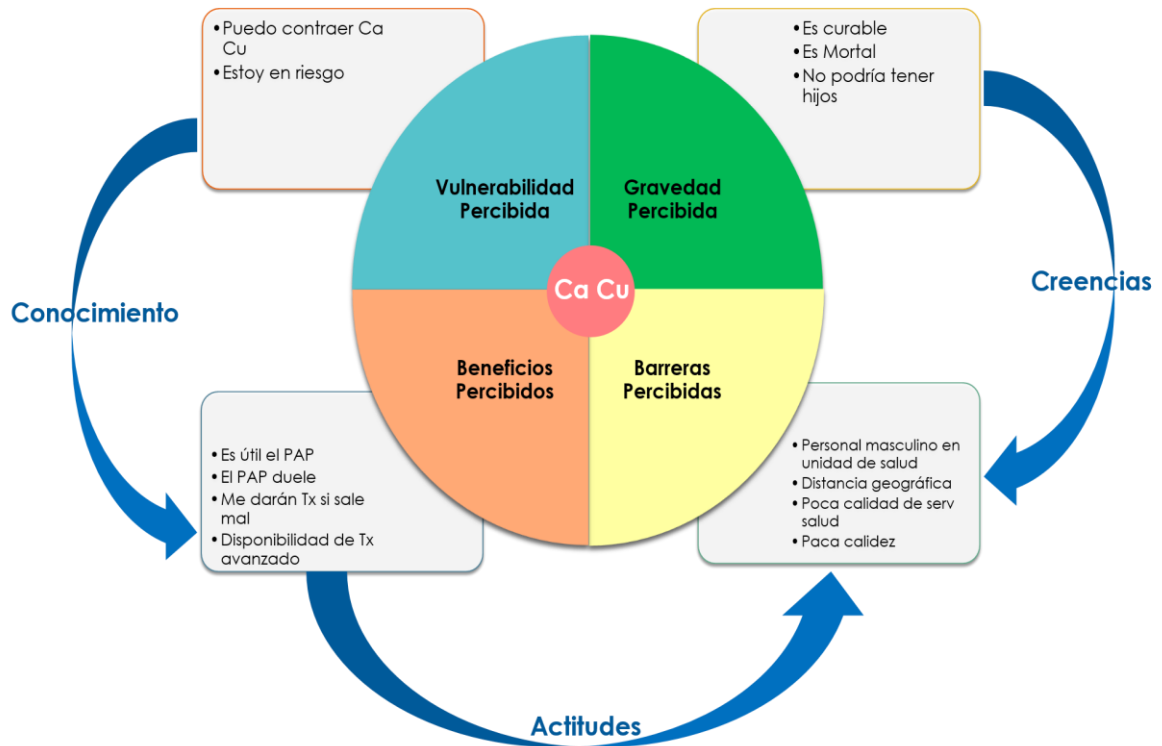


Figura 1. Modelo de creencias de salud adaptado por la autora al cáncer cervicouterino. basado en Kirscht, 1998.

Por todo lo anterior se precisa un abordaje cualitativo para profundizar en las razones subyacentes relacionadas al conocimiento previo, actitudes, y aspectos culturales, cómo las creencias, que inciden sobre la prevención y el tratamiento del cáncer cervicouterino. De ahí se desprende la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la influencia de los conocimientos, actitudes y creencias acerca del cáncer cervicouterino sobre las acciones de prevención de las mujeres en edad fértil (MEF) residentes de tres departamentos de Nicaragua en el periodo de Marzo a Junio de 2017?.

IV. JUSTIFICACIÓN

En los años 2010-2012 las primeras causas de egresos hospitalarios debidos a cáncer en Nicaragua fueron los tumores de órganos genitales femeninos, seguido de tumores de tejido linfático y en tercer lugar el de órganos digestivos. Estas tres neoplasias en conjunto representan más del 50,0% de todas las neoplasias. Congruentemente, las principales causas de mortalidad por cáncer son: cáncer de los órganos digestivos (35,16%) genitales femeninos (13,41%) y neoplasias de tejidos linfáticos (9,54%).

Las principales causas de mortalidad por cáncer en Nicaragua en el año 2015 fueron: cáncer de los órganos digestivos (36,3%) tórax y sistema respiratorio (9,0%) genitales femeninos (13,41%) y neoplasias de genitales masculinos y tejidos hematopoyéticos (8,0% respectivamente). De no tomarse acciones urgentes el cáncer cervicouterino continuará causando muerte prematura en mujeres de Nicaragua a pesar de ser una patología fácil de prevenir y tratar en sus estadios tempranos (MINSa, 2015).

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud. De hecho en varios países los indicadores de salud muestran brechas en acceso a la salud de la población, asociados a factores culturales (Rodríguez & UNFPA, 2008).

Los estudios demográficos de salud materna han avanzado en obtener información sistemática, desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las mujeres ; complementariamente conocer y estudiar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil, salud sexual y reproductiva y otros temas de interés. La calidad de información obtenida a través de estos estudios, puede enriquecerse, complementando estudios cualitativos, que

aborden aspectos no considerados en los estudios demográficos, como los aspectos sociales y culturales que son determinantes en la salud, en particular en muchos países (Rodríguez & UNFPA, 2008).

Las mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer a menudo se sienten avergonzadas y deben viajar a otras ciudades dónde se les de tratamiento médico o quirúrgico para su patología lo que implica estrés económico, social y personal.

Existen otros determinantes que afectan la asistencia de las mujeres a las unidades de salud para los exámenes rutinarios y para la prevención precoz del cáncer cervicouterino sin embargo no se ha estudiado las razones inherentes al contexto sociocultural de las mujeres.

Para poder actuar de manera más efectiva ante este problema de salud pública es preciso comprender a las mujeres y como ellas perciben la salud y la enfermedad. Esto es posible através de estudios cualitativos como la presente investigación. El presente estudio aportará evidencia tan relevante como los estudios cuantitativos que son los que predominan en el tema de investigación.

Estudios realizados aluden a la carencia de programas que tiendan a la prevención orientada a la población objetivo, desde el prisma de la cultura y creencias de la población, de manera que permitan la toma de decisión en salud sobre la enfermedad y las conductas de prevención (Acevedo S, 2006).

Es preciso indagar sobre lo que las mujeres conocen, sus actitudes y sus creencias sobre esta enfermedad para obtener evidencias desde la perspectiva cualitativa que nos ayuden a optimizar los servicios de prevención en salud y los aspectos educativos de una patología de alta morbimortalidad en Nicaragua.

El profundizar en estos aspectos inherentes a las mujeres, su cultura y sus vivencias permitirá brindar aportes al sector Salud de Nicaragua para potenciar programas educativos dirigidos a las posibles debilidades identificadas, de igual manera mejorar posibles barreras al acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno.

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Explorar la influencia de los conocimientos, actitudes y creencias acerca del cáncer cervicouterino sobre las acciones de prevención en las mujeres en edad fértil residentes de tres departamentos de Nicaragua en el periodo de Marzo a Junio de 2017.

Objetivos específicos:

1. Indagar sobre los conocimientos sobre cáncer cervicouterino que poseen las mujeres en edad fértil residentes de tres departamentos de Nicaragua.
2. Identificar las actitudes de las mujeres en edad fértil hacia la prevención y/o el tratamiento del cáncer cervicouterino.
3. Determinar las creencias de las mujeres de Jinotega, Estelí y Chinandega sobre el tema de investigación.
4. Proponer un plan educativo en salud adaptado a las mujeres rurales de la población en estudio para fortalecer la lucha contra el cáncer cervicouterino.

VI. MARCO TEÓRICO

El conocimiento es el proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distinto tipo de experiencias, razonamientos y aprendizajes. De hecho, resulta muy complicado definir concretamente el conocimiento o establecer sus límites, ya que siempre depende de la perspectiva filosófica y teórica de la que se parta. Así, existe un conocimiento relacionado a cada rama del saber humano, e incluso a cada área de su experiencia.. Se sabe tradicionalmente que el conocimiento pertenece únicamente al ser humano. Depende de la razón que nos distingue de los animales, que es una forma compleja de adquirir conocimiento del entorno (Uriarte, 2019).

El aprendizaje es una acción que está vinculada a la generación de conocimiento. Esta acción cuenta con dos espacios que se pueden producir internamente y externamente. Cuando es internalizada, puede estar relacionada con el contexto individual, y cuando es externalizada puede estar vinculada a la esfera social (ISSBERNER, 2010). "Este es el caso de Lundvall, para que el aprendizaje sea predominantemente un proceso interactivo e insertado socialmente que no se puede entender sin tener en cuenta su contexto institucional y cultural" (GRASSI, 2006). Es en este contexto que se da cuenta de la importancia del aprendizaje. Una vez que el proceso de internalización requiere un tratamiento de las informaciones obtenidas a través de los conocimientos previos, este tratamiento de la información que se cita es lo que se llama aprendizaje.

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa;¹ cuando se objetiva, el contenido de la creencia contiene una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como afirmación. Como mera actitud mental, que puede ser inconsciente, no es necesario que se formule lingüísticamente como pensamiento; pero como tal actúa en la vida psíquica y en el comportamiento del individuo orientando su inserción y conocimiento del mundo (Rico, 2015).

Las creencias son sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad en el que vive la sociedad (Oviedo, 2001). No son hechos comprobados, aunque se tiende a valorar los datos que las corroboran y a olvidar los que las contradicen, tampoco son lógicas, ni pueden demostrarse. Son las hipótesis de trabajo que se utilizan en la vida diaria, que dan sentido a las experiencias, les ofrecen estabilidad y validez (Forja, 2000).

Las creencias o sistema de creencias son analizadas en el devenir de las ciencias sociales como portadoras del sentido de la interacción humana. Los hombres las elaboran a través de procesos que desde la interioridad subjetiva se proyectan a las relaciones con los “otros” y, desde ese ámbito, reconfiguradas, vuelven a moldear lo creído subjetivamente, y generan de esa forma secuencias inacabadas y recursivas. En esta manifestación de la dimensión no tangible del existir humano confluyen historias personales y circunstancias, cuyos efectos orientan las conductas de los hombres y son observados por algunos analistas como resultado de la amalgama que forma el imaginario colectivo. Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre que acontece. Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas (Ortega & Gasset, 1968).

Actitud es un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un flujo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. También se consideran reacciones evaluativas o disposiciones favorables o desfavorables hacia una situación, persona, o grupo, expresado como la creencia de uno, sentimientos, o conducta.

La actitud que una persona toma hacia la diabetes mellitus o hipertensión arterial, por ejemplo, podría influenciar la intención de la conducta con respecto al problema (Modeste & Tamayose, 2004), (Miller & Brewer, 2003). (Ver Figura 2).

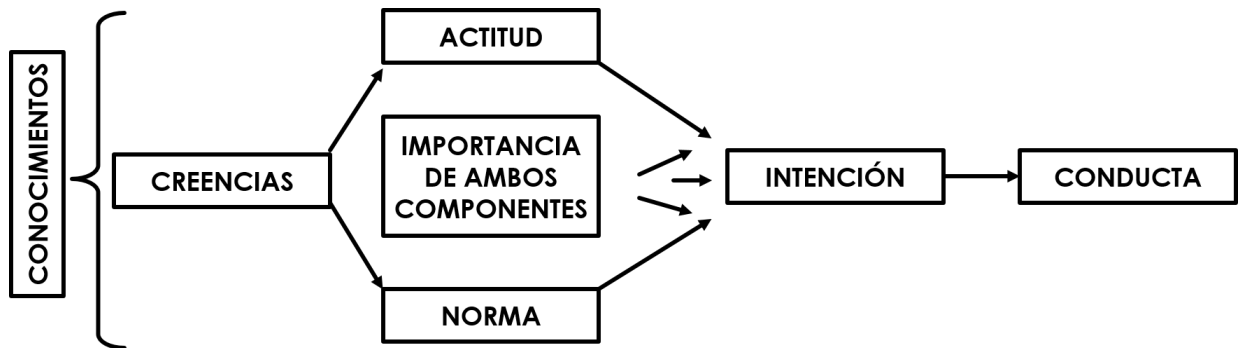


Figura 2. Esquema de la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)

6.1 Diferentes modelos explicativos de Salud enfermedad

6.1.1 Modelo de creencias en Salud

Los componentes básicos del modelo de creencias de salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman & Becker, 1974 podríamos traducirlas en los siguientes términos: a) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo, la creencia de que una

conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud). La susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas serían, las dimensiones de que consta el modelo de creencias de salud (Rosenstock, 1974).

La susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad “estadística” de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo (Janz & Becker, 1984) (Rosenstock, 1974).

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por una lado las consecuencias médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor), y por otro lado las posibles consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares, etc.)

Aunque la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad, que, además, se percibe como grave (las dimensiones primera y segunda), se consideran en este modelo como capaces de desencadenar por sí mismas conducta de salud, no definen por sí solas el curso particular que dicha conducta puede tomar.

El curso de acción específico dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como la dimensión de los beneficios percibidos. Así, por ejemplo, aunque un sujeto esté asustado y se sienta amenazado por un trastorno de salud

concreto, no seguirá las recomendaciones de su médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno (Janz & Becker, 1984), asumiendo que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece (Rosenstock, 1974).

Por último, otra dimensión del modelo tiene que ver con que determinadas barreras percibidas se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, como pueden ser, por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción concreto. Así, un individuo puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso.

Los aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones. Para entender el resultado final el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad.

Por ejemplo, si la disposición a actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarían definitivamente como barreras, impidiendo definitivamente la acción.

Si la preparación para actuar es alta y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver excepto que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos, de igual eficacia pero con menos barreras; ahora bien, si no dispone de dichos cursos alternativos, el sujeto puede optar por alejarse psicológicamente del conflicto, llevando a cabo otras actividades que en realidad no solucionan el problema, o puede, finalmente, caer en una crisis de ansiedad que le lleve a no pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar

incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado para solucionar el problema (Rosenstock, 1974).

En conclusión, el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costes y beneficios para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costes de tomarla (Janz & Becker, 1984).

Además de las dimensiones anteriores, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción (Janz & Becker, 1984) (Rosenstock, 1974).

En el ámbito de la salud, estas claves pueden ser internas (por ejemplo, síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc). La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo sujeto dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida.

Por último, también se asume que diversas variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales, puedan afectar la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud (Janz & Becker, 1984).

Un resumen gráfico de lo que sería la aplicación del modelo a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva de la enfermedad, de acuerdo a Becker y Maiman, 1975 y que resumiría los componentes y elementos comentados, se sintetiza en la figura 3:

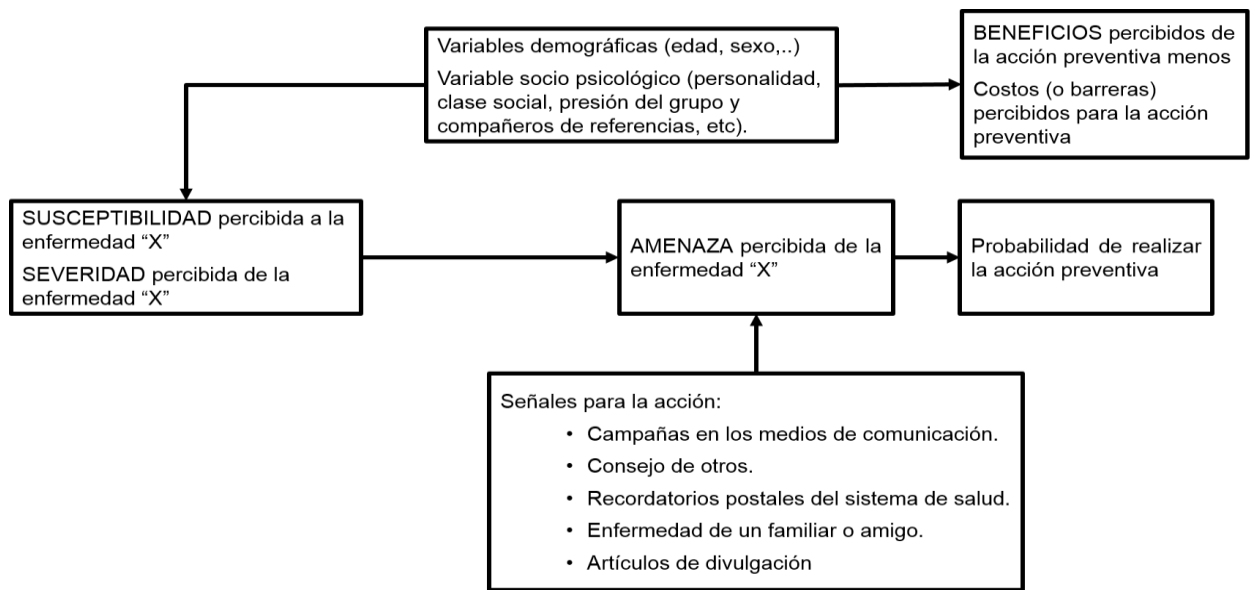


Figura 3. Modelo de creencias en salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva de acuerdo a Becker y Maiman (1975).

Así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa (Weinstein, 1993).

En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Kirscht, 1998).

6.1.2 Modelo transteórico del comportamiento en salud

El modelo transteórico está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional (Prochaska J, 1997).

El modelo se apoya en una serie de presupuestos sobre la naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio. Las premisas orientadoras de la teoría, la investigación y la aplicación en la práctica del modelo indican que:

- ❖ Ninguna teoría o modelo responde totalmente por la complejidad explicativa del cambio comportamental.
- ❖ El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas.
- ❖ Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.
- ❖ La mayoría de las poblaciones de riesgo no están preparadas para actuar y, por eso, no se benefician de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos orientados a los riesgos comportamentales.
- ❖ Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos e individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos.
- ❖ La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud pueden experimentar impactos nunca antes registrados, si incorporasen un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado paradigma de acción.
- ❖ Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio; las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo.
- ❖ Los comportamientos están dominados de alguna manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol.
- ❖ Las intervenciones requieren evolucionar de un reclutamiento reactivo de participantes a uno proactivo.
- ❖ El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

El modelo transteórico usa una dimensión temporal, las etapas de cambio, para integrar los procesos y principios explicativos del cambio comportamental de diferentes teorías. El cambio implica un fenómeno que ocurre con relación al tiempo, pero sorprendentemente casi ninguna teoría o modelo incluye un constructo representativo del tiempo. Por eso ha sido frecuente describir y explicar el cambio comportamental como un evento: dejar de fumar, parar de beber o de comer en demasía. El modelo transteórico explica el cambio como la progresión a través de una serie de etapas, las cuales son presentadas a continuación:

La precontemplación

Es la etapa en la cual las personas no tienen intención de cambiar, de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento de riesgo para la salud, usualmente en el lapso de los siguientes seis meses. Un subgrupo de las personas clasificadas dentro de la etapa de precontemplación, puede estar allí por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento. Otro subgrupo puede haber tenido intentos previos, fracasados, de cambiar y ahora están desmoralizados en cuanto a su capacidad de hacerlo. Es frecuente observar que en ambos subgrupos las personas evitan leer, hablar y pensar sobre sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están ni motivados ni interesados en participar en programas o intervenciones de promoción o educación en salud. Estos programas no involucran a este tipo de personas, por la incoherencia entre los propósitos de las intervenciones y de las necesidades particulares de los individuos.

La contemplación

Es la etapa en la que la persona tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. Los contempladores están conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún

muy grande. Los contempladores comienzan a considerar el cambio pero aún no asumen el compromiso específico para actuar en ese sentido, razón por la cual pueden permanecer por largos períodos de tiempo en esta etapa en particular, contemplando la opción de cambiar hasta por dos años, diciéndose a sí mismos que van a cambiar algún día. Individuos así clasificados tampoco son aptos para los propósitos de programas tradicionales orientados a la acción comportamental.

La preparación

Es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días. Personas en preparación, por lo general, ya tienen experiencias concretas con relación al cambio, principalmente en el último año calendario y, además, tienen una conciencia muy definida sobre los pros de cambiar su comportamiento. Estas personas tienen un plan para actuar o participar de alguna actividad, por lo cual tienen un gran potencial para participar en programas orientados a la acción y son las típicamente reclutadas por las intervenciones.

La acción

Es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido histórico y simplísticamente equiparado a la acción a pesar de que, como se describe aquí, es sólo una de las seis etapas del cambio. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia. Es en esta etapa en la que ocurre la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales dirigidas al

público en general. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

El mantenimiento

Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de por lo menos seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída o el relapso, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio comportamental. Esta etapa dura regularmente de seis meses a dos años.

La terminación

Es la última etapa, en la que las personas no tienen tentaciones de ninguna naturaleza con relación al comportamiento específico que se cambió y tienen un 100% de confianza, de autoeficacia frente a situaciones que previamente eran tentadoras. Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados. Representan los principios básicos que diversos y reconocidos sistemas de psicoterapia señalan como responsables de cambios comportamentales de los individuos. Son el elemento básico del modelo transteórico para ser aplicado en el diseño de programas e intervenciones promotoras de la salud con impactos comportamentales directos e indirectos, puesto que catalizan las transiciones de una etapa a otra cualquiera en la secuencia.

El balance decisorio

Refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud. La investigación acumulada respecto de este constructo permitió la simplificación de las dimensiones del balance decisorio en pros o beneficios y contras o costos de cambiar.

La autoeficacia

Es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud. En el proceso de cambio, la autoeficacia demostró ser un factor predictor altamente confiable de la progresión en las etapas de acción y mantenimiento. Durante el cambio, la autoeficacia aumenta linealmente y los niveles de tentación disminuyen.

La tentación

Refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos.

6.1.3. Modelo de locus control (Godeleva, 2011).

El modelo del locus de control se refiere a la creencia de las personas sobre qué o quién es responsable de lo que les ocurre, lo que se puede traducir en términos de si es uno mismo (locus de control interno) o son fuerzas externas las que controlan los resultados de la conducta (locus de control externo). Se considera que aquellos que creen que tienen el control sobre su salud realizarán más a menudo comportamientos que la promuevan y, como resultado, tendrán una mejor salud (Marshall, 1991) (Norman & Benner, 2001).

Lo contrario ocurrirá con los que suponen que carecen de dicho control. Estas afirmaciones han sido ampliamente aceptadas, de modo que se les ha incluido de manera explícita en las declaraciones de la (World Health Organization, 1986) que definen los programas de promoción de la salud como “el proceso de capacitar a la gente a incrementar el control sobre su salud y así mejorarla”.

El modelo incluye tres dimensiones: la primera mide la creencia de las personas de que su salud es el resultado de sus propias acciones (HLC interno), la segunda mide la creencia de que su salud está bajo el control de los llamados “otros poderosos” (HLC otros poderosos), y la tercera evalúa la medida en la cual creen que su estado de salud depende de la suerte, el destino o el azar (HLC azar). Otros estudios han incorporado la característica de afiliación como propia de la dimensión HLC otros poderosos (Laborin, Vera, Durazno, & Parra, 2008), así como poblaciones diversas, estudiantes de medicina (Alcorta, et al., 2008) y enfermos crónicos (Vuger-Kovacic, Gregurek, Kovacic, & Vuger, 2007).

Lo descrito hasta ahora sobre el locus de control se aplicaría a aquellos individuos para quienes la salud tiene un valor importante, cuando establece que la probabilidad de que ocurra una conducta estará en función, por un lado, de la expectativa generalizada de locus de control y, por el otro, del valor asignado a la salud. La mayor parte de la investigación que se ha realizado sobre la expectativa o creencia de locus de control ha dejado de lado el valor que los individuos asignan a la salud, ya que se tiende a asumir que ésta tiene para los individuos y los grupos sociales un valor uniformemente elevado. El valor asignado a la salud debiera concebirse como un moderador de la relación entre creencias HLC internas y la ejecución de la conducta de salud (Lau, Hartman, & Ware, 1986).

6.1.4. Modelo socioecológico

El modelo socioecológico no es tanto una teoría con un marco conceptual característico sino más bien un enfoque general para el diseño de programas de investigación y promoción de la salud. La premisa básica del modelo es que los individuos están situados en entornos físicos, sociales e institucionales y que la

interacción entre los individuos y las fuerzas presentes en sus entornos influyen en la salud (Ulin, Robinson, & Tolley, 2006).

La investigación diseñada desde una perspectiva socioecológica por lo general examina las relaciones entre dos o más de los siguientes planos:

Individual: conocimientos, actitudes, habilidades, fisiología, directamente atribuibles a un solo individuo.

Interpersonal: interacciones entre prestadores y clientes de servicios de salud o entre miembros de parejas, familias, redes de amigos.

De la organización: agrupaciones oficiales e informales de individuos alrededor de intereses particulares, como los lugares de trabajo y las instituciones sociales.

De la comunidad: relaciones entre organizaciones, el entorno físico.

De la política: legislación local, nacional o internacional.

En el campo de la salud, el objetivo primario de la investigación a menudo es el individuo, pero este modelo atrae la atención hacia grados acumulados de influencia sobre el comportamiento individual y del grupo. Sugiere planos de investigación para el diseño del estudio, pero es más probable que los constructos específicos provengan de otras teorías de las ciencias sociales y del comportamiento.

De toda la amplia revisión bibliográfica antes detallada se puede concluir que el cáncer cervicouterino se puede explicar a través de diferentes modelos que se sintetizan a continuación:

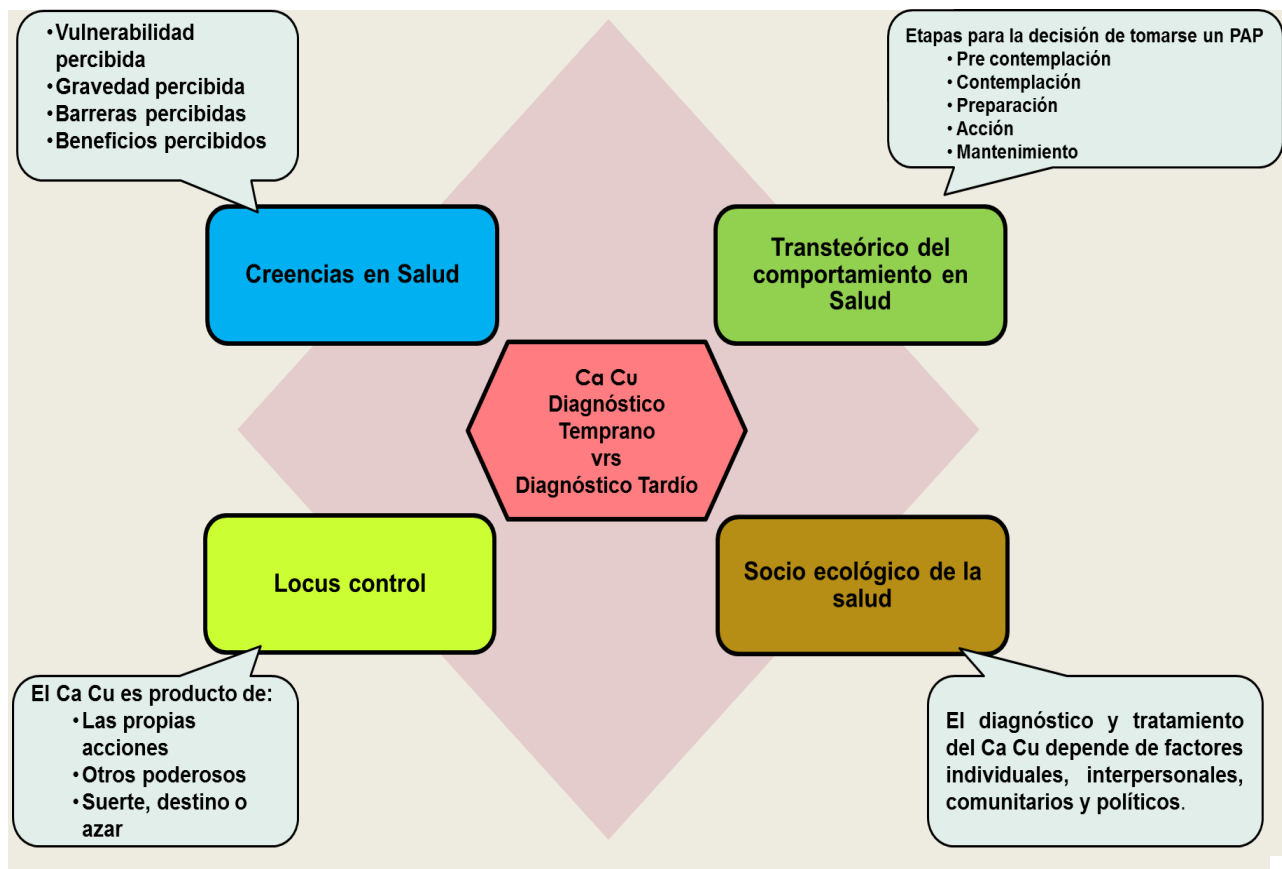


Figura 4. Diferentes modelos para explicar el cáncer cervicouterino. Adaptado por la autora.

6. 2 Etiología Diagnóstico y tratamiento

Desde hace varias décadas las investigaciones se han abocado a la búsqueda de la causa del cáncer de cuello uterino, siendo cerca de hace diez años que se ha logrado determinar que la causa principal es infecciosa, estando relacionado con el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite por medio de las relaciones sexuales.

Actualmente no hay ninguna cura para el virus del papiloma humano, ya que se integra al ácido desoxirribonucleico (ADN) de las células, permitiendo la inmortalización del virus en el genoma de la célula. Una vez infectada, la persona lleva el virus por el resto de la vida, aún si se realiza exéresis de las verrugas o si se realiza histerectomía. Si bien no existe un tratamiento para el VPH, en la mayoría de los casos la infección se remite hasta alcanzar niveles indetectables.

Este virus tiene la propiedad de infectar las células del epitelio del cuello uterino, La zona de transformación del cuello uterino es más susceptible de sufrir este daño, debido a que, en esa zona reencuentra mayor actividad celular y mayor número de mitosis. Esto explica porque el cáncer de cuello uterino se origina, en la mayoría de casos, en esta zona (MINSA, 2010).

El MINSA, 2010 en la normativa 037 aborda el siguiente protocolo para el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino.

6.2.1 Detección de lesión intra-epiteliales pre-invasoras

A. Vinculación entre tamizaje y tratamiento: Independientemente de la prueba de tamizaje usada, el tamizaje se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa. Esto puede hacerse usando la estrategia tradicional (tamizaje, diagnóstico, confirmación y tratamiento), la intermedia (tamizaje, diagnóstico y tratamiento con confirmación por biopsia posterior al tratamiento), o la estrategia de tamizar y tratar (el tratamiento se basas en los resultados de la prueba de tamizaje solo).

B. Tamizaje: Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un periodo no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad; sin embargo se debe hacer énfasis en tamizar con Papanicolaou a la mujer de 25 a 64 años y tamizar con Inspección Visual con Acido Acético a las de 30 a 50 años. (Ver figura 4)

Para que los servicios de tamizaje tengan impacto en la incidencia del cáncer del cuello uterino, es necesario evaluar al mayor número posible de mujeres. En forma ideal, los programas evaluarían al 80% de la población en riesgo. Luego, las mujeres con lesiones precancerosas identificables recibirán tratamiento antes de que las mismas progresen a cáncer.

Cuando la cobertura es amplia, no es necesario realizar evaluaciones anuales para que tenga impacto en la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo, si todas las mujeres de 25- 64 años con una prueba de Papanicolaou negativa tuvieran que ser

evaluadas cada 5 años (y hubiera que tratar a las que tienen displasia) la incidencia del cáncer de cuello uterino se reduciría aproximadamente en 84%. Evaluar a estas mujeres aún cada 10 años reduciría la incidencia en cerca del 64%.

C. Lesiones intraepiteliales de cuello uterino

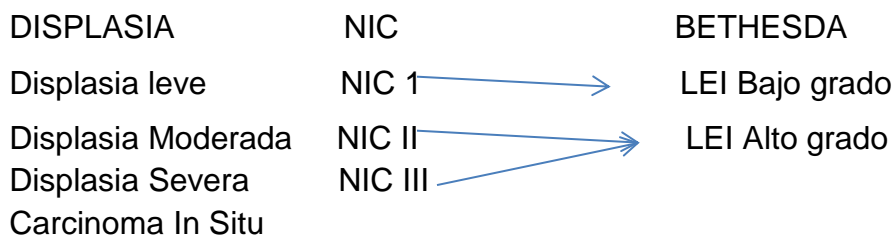
Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

- Clínica: son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.
- Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso del colposcopio.
- Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales.

La mayoría de casos de cáncer de cuello uterino han sido precedidos por una etapa larga, aproximadamente 10 a 15 años, durante la cual se ha presentado cambios en las células del epitelio del cuello uterino. Estos cambios, al inicio son muy leves, pero progresivamente se hacen más severos hasta llegar a carcinoma in situ y luego a cáncer Invasor.

En las últimas décadas se han usado diferentes términos para identificar cada una de las etapas pre-invasoras, lo que ha producido cierta confusión. Por esto es importante tener en cuenta la correlación de términos.

D. Terminología de tres sistemas de nomenclatura



E. Factores de riesgo del CaCu

El virus del papiloma humano (VPH), una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más comunes, es la causa primaria del cáncer cérvico uterino. La infección por el VPH es un precursor necesario, pero no suficiente, del cáncer Cérvico uterino.

Algunas de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogénico nunca presentaron cáncer cérvico uterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad y se les conoce como cofactores. Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* o virus-2 de herpes simple (HSV-2), tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que las mujeres sin coinfecciones.

La infección genital por VPH se considera una enfermedad de transmisión sexual en la mayoría de los casos, aunque se admite en un pequeño porcentaje la transmisión mediante Fómites (sustancias u objetos inanimados contaminados por la secreción conteniendo VPH, ejemplo: jabones, ropa íntima compartida, toallas, espéculos no esterilizados, etc.) es muy difícil prevenir la transmisión del VPH. Los métodos anticonceptivos de barrera sólo tienen una eficacia parcial, dado que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital (incluso en áreas que no son cubiertas por el condón masculino) y puede permanecer activo durante años.

Si bien existen más de 100 tipos del VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipo 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68,73 y 82) como tipos oncogénicos de alto riesgo vinculados al cáncer cérvico uterino. El tipo 16, el de mayor prevalencia, 50 a 60%, el 18, segundo en orden de prevalencia 10 a 12% de los casos de cáncer cérvico uterino.

Sobre su incubación no se conoce el mecanismo exacto y el tiempo puede ser de 4-6 semanas hasta 8 meses, el VPH entra a través de la superficie del epitelio, infecta las células basales y puede permanecer latente sin replicación durante

semanas o años), solamente el virus productivo se asocia a cambios citológicos e histológicos. Cofactores como la paridad, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino.

En varios estudios las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cérvico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. El tabaquismo parece estar firmemente asociado con la aparición de lesiones precancerosas cervicales y cáncer. Se encuentra entre los cofactores ambientales más uniformemente identificados con la probabilidad de influir en el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino; los estudios revelan que el riesgo para las fumadoras actuales al menos duplica el de las no fumadoras.

Otro posible cofactor: Anticonceptivos orales, podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cérvico uterino en la mujeres infectadas con el VPH. Aunque el comportamiento sexual de la mujer es relevante para considerarlo un factor de riesgo, se debe hacer énfasis en mujeres que aunque ellas tengan una sola pareja, si el hombre tiene una práctica sexual promiscua y/o tiene antecedentes de haber tenido una pareja portadora de cáncer cérvico uterino se considera una pareja sexual de riesgo.

F. Inspección visual con ácido acético (IVAA)

La IVAA es un método de tamizaje de lesiones intra-epiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético del 5% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requieren equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro país.

Cuando el epitelio atípico entra en contacto con el ácido acético, se torna de color blanquecino durante algunos minutos, volviendo luego a su color original. Este

fenómeno se puede reproducir cada vez que se aplica vinagre, debido a que el vinagre deshidrata las células y coagula proteínas nucleares, lo que en el caso del epitelio displásico, hace que los núcleos celulares agrandados se conglo meren impidiendo el paso de la luz, notándose color blanco. El personal de salud capacitado antes de aplicar el ácido acético debe visualizar la unión escamocolumnar en su totalidad si no es visible debe optar por el Papanicolaou.

Es básico que el personal capacitado, inmediatamente que aplique el ácido acético observe continuamente durante unos 2 minutos el cérvix, para que valore si se pinta de inmediato y si tarda en quitarse, ya que esto es indicativo de una LIE de bajo grado o alto grado. Sin embargo, hay que tener presente que existen cuadros benignos en los cuales también pueden dar epitelio aceto-blanco pudiendo causar confusión al examinador. Si hay duda deberá de referir de inmediato a nivel de mayor resolución.

Interpretación de Resultados de IVAA

- ❖ Es resultado negativo cuando:
 - No se observa mancha blanca en la unión escamocolumnar.
 - Presenta mancha blanca tenue de bordes mal definidos, o tipo moteado.
 - Línea blanca tenue en la unión escamo – columnar.
 - Epitelio acetoblanco lejos de la zona de transformación o que desaparece rápidamente.
- ❖ Es resultado positivo cuando:
 - mancha blanca de bordes bien definidos localizada en o cerca de la unión escamo columnar
 - las manchas que después de aplicado el ácido acético se tiñen rápidamente y persisten por varios minutos sugiere lesiones graves.
- ❖ Altamente sospechoso de cáncer invasor:
 - No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores. por lo cual deberá referir.

- ❖ Resultado Indeterminado cuando: No es posible determinar si se encuentra en alguna de las tres categorías anteriores, por lo cual deberá referir.

6.2.2 Tratamiento de las lesiones intra-epiteliales de cuello uterino

Los métodos se dividen en dos grupos:

- ❖ Métodos Ablativos: (Destruyen la zona de transformación)
Crioterapia, Electrofulguración y fulguración con Láser.
- ❖ Métodos de Resección: (Extraen la zona de transformación)
Cono frío, Cono láser, resección electro quirúrgica con Asa de Alambre (Cono LEEP). Histerectomía.

La crioterapia

Las ventajas de este tratamiento es que es altamente efectiva en lesiones pequeñas y moderadas, no causa subsecuente daño al cérvix, se usa equipo simple, relativamente de bajo costo. Además puede ser realizado por médicos generales capacitados, es un tratamiento rápido, no requiere anestesia ni electricidad y puede ser utilizado el mismo día del diagnóstico clínico.

Las desventajas es que es menos efectivo / no práctico si la lesión es grande (por lo que se debe referir). Se necesita tanque de CO₂ y Causa mucho flujo después del procedimiento que molesta a la mujer.

Criterios para crioterapia (Ver figura 5 y 6)

1. Mujer con tamizaje positivo para Lesión intra-epitelial cervical.
2. La lesión no debe exceder el 75% de la superficie del cuello uterino.
3. La lesión debe ser cubierta en su totalidad por la criosonda con no más allá de 2 mm de sus bordes.
4. Los bordes de la lesión deben de ser totalmente visibles, sin ninguna extensión adentro del endocervix o dentro de la pared vaginal.

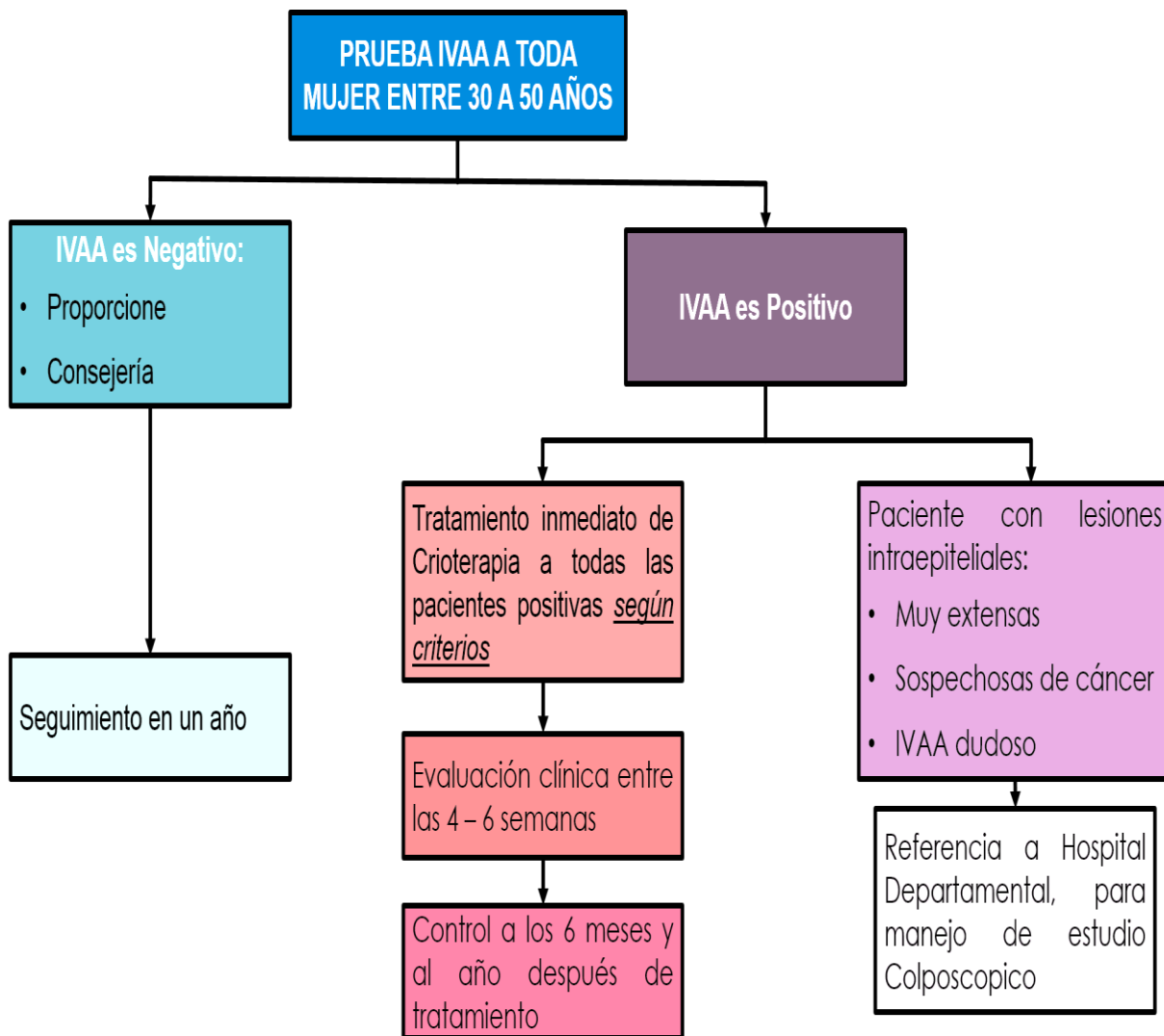


Figura 5: Criterios de crioterapia en mujeres con cáncer cervicouterino- en el primer nivel de atención-normativa 037- Ministerio de salud de Nicaragua.

Efectos colaterales y complicaciones de la crioterapia

- Flujo Vaginal o leucorrea: la cual puede durar entre 4 y 6 semanas, debe ser acuoso y sin mal olor, si cambia sus características hacia purulenta y mal oliente se considera infección y se deberá recibir tratamiento inmediato.

- Dolor

Es tipo cólico de regla y se produce durante la aplicación y algunas horas después, habitualmente cede con anti-inflamatorios. Si el dolor es pélvico y acompañado de fiebre debe sospecharse de Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) y recibir tratamiento inmediato.

- Sangrado

Es raro y puede ser tipo acuoso, si aumenta significativamente, debe realizarse evaluación del cérvix usando un espéculo vaginal, con el objetivo de confirmar que el sangrado es de lecho de la crioterapia, en cuyo caso se puede manejar con taponamiento vaginal y es recomendable añadir antibiótico. En los casos que no cede el sangrado a pesar del taponamiento, se debe referir al centro especializado más cercano.

- Estenosis del canal endocervica

Es raro, se puede manejar mediante el uso de dilatadores.

- Quemadura de la pared vaginal

se produce con más frecuencia en pacientes con vagina redundante, se aconseja tener especial cuidado de que la punta del aplicador no toque las paredes vaginales.

A continuación se detalla el abordaje en el segundo nivel de atención

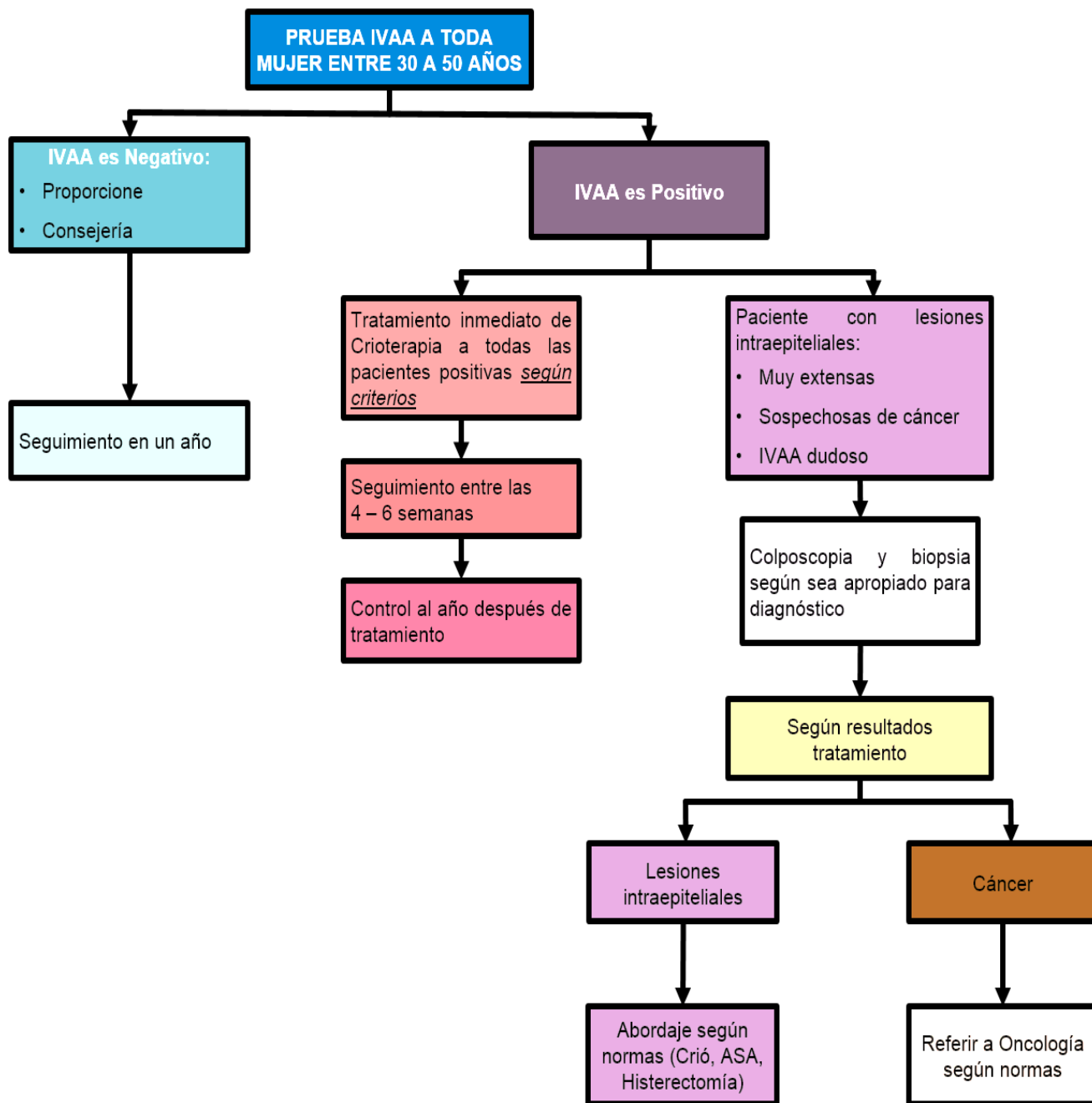


Figura 6: Flujograma de tratamiento en mujeres con cáncer cervicouterino en el segundo nivel de atención-normativa 037- Ministerio de salud de Nicaragua.

VII. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El desconocimiento sobre la etiología, prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino aunado a las creencias populares influyen sobre las actitudes hacia los comportamientos preventivos y por ende el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en las mujeres de tres departamentos de Nicaragua.

VIII. METODOLOGÍA

Se parte del paradigma del constructivismo social, que dicta que el conocimiento además de formarse a partir de las relaciones ambiente-yo, es la suma del factor entorno social a la ecuación: Los nuevos conocimientos se forman a partir de los propios esquemas de la persona producto de su realidad, y su comparación con los esquemas de los demás individuos que lo rodean.

El constructivismo social es una rama que parte del principio del constructivismo puro y el simple constructivismo es una teoría que intenta explicar cuál es la naturaleza del conocimiento humano. El constructivismo busca ayudar a las personas a internalizar, reacomodar, o transformar la información nueva. Esta transformación ocurre a través de la creación de nuevos aprendizajes y esto resulta del surgimiento de nuevas estructuras cognitivas, que permiten enfrentarse a situaciones iguales o parecidas en la realidad. Así "el constructivismo" percibe el aprendizaje como actividad personal enmarcada en contextos funcionales, significativos y auténticos (Payer, 2005).

Para la realización de este estudio se efectuó un abordaje fenomenológico el cual se define como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas (Husserl & Heidegger, 1997).

La estrategia fenomenológica no parte del diseño de una teoría, sino del mundo conocido, del cual hace un análisis descriptivo en base a las experiencias compartidas. del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas se obtienen las señales, indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos. A partir de allí, es posible interpretar los procesos y estructuras sociales. En las ciencias sociales se requieren de "constructor" y "tipos" para investigar objetivamente la realidad social. Estos tienen que tener las características de una consistencia lógica y una adecuación al fenómeno estudiado.

Heidegger, por otra parte, precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos; ésta consiste en "permitir ver lo que se muestra, tal como se

muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo”; por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto verdadero y a su vez científico (Heidegger, 2006).

La Fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones y por eso resulta el abordaje idóneo para explorar sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer cervicouterino en la población de interés (Palacios-Ceña, 2010).

Delimitación espacial

El estudio se realizó en tres departamentos de Nicaragua: Jinotega, Chinandega y Estelí. El departamento de Jinotega del año 2013 en adelante fue incrementando su tasa de incidencia de 18 por cada mil mujeres en edad fértil a 21 en el año 2013 y 2015 (21 x cada 1000 MEF) por lo que me interesó explorar este territorio.

El departamento de Chinandega en los años 2013 (tasa de incidencia de 43), 2014 (tasa de incidencia de 39), y 2015 (tasa de incidencia de 41), ha estado en el tercer, primer y segundo lugar respectivamente de más alta incidencia de cáncer sobre todos los departamentos del país. Estas tasas de incidencia superan la tasa nacional para este periodo, siendo de 33, 29 y 28 respectivamente por cada 100,000 mujeres en edad fértil (MINSA, 2015).

Se incluyó el Departamento de Estelí como un tercer área de estudio, a pesar de no estar entre los de Departamentos con mayor tasa de incidencia dado que se consideró que las creencias religiosas arraigadas en este departamento podrían aportar al estudio en este sentido dado que la intención no es hacer análisis estadístico, sino obtener la mayor profundidad en el aspecto cualitativo del problema de investigación.

El departamento de Jinotega según la división político-administrativa, está conformado por ocho municipios: Wiwilí, El Cuá, San José de Bocay, Santa María

de Pantasma, San Rafael del Norte, San Sebastián de Yalí, La Concordia y Jinotega, la cabecera departamental. El municipio de El Cuá Bocay, en el año 2001 se dividió en dos municipios que actualmente se conocen como El Cuá y San José de Bocay. El municipio Alto wangki en el año 2008 fue considerado como municipio y un territorio indígena de régimen especial en desarrollo.

La actividad económica fundamental en Jinotega es la agricultura, la ganadería y destacan el cultivo de café. Este departamento sufrió una depresión económica por la caída internacional de los precios del café y existen zonas rurales que dependen del trabajo de ese cultivo para su economía (INIDE, 2003).

El departamento de Chinandega está dividido política y administrativamente en 13 municipios, siendo éstos los siguientes: San Pedro del Norte, San Francisco del Norte, Cinco Pinos, Santo Tomás del Norte, El Viejo, Puerto Morazán, Somotillo, Villanueva, Chinandega la cabecera departamental, El Realejo, Corinto, Chichigalpa y Posoltega.

Posee una población de 428 105 habitantes (proyectada para el año 2002 según censo nacional de población y vivienda (INEC, 1995), con una densidad poblacional de 89 habitantes/km². La población urbana representa la mayor parte con 62,0 % y en el área rural se concentra sólo el 38,0%. La actividad económica más importante del departamento es la agricultura principalmente el cultivo de la caña de azúcar, localizándose aquí el ingenio azucarero más grande del país (INIDE, 2003).

El departamento de Estelí posee una población de 205 616 habitantes con una densidad poblacional de 92 habitantes/km². La población urbana representa el 55,0% (113 576) y en el área rural se encuentra la menor parte de la población, 45,0%. Está conformado por seis municipios: Pueblo Nuevo, Condega, Estelí la cabecera departamental, San Juan de Limay, La Trinidad y San Nicolás.

La actividad económica más importante es la agricultura, principalmente los cultivos de granos básicos para autoconsumo familiar como frijol, maíz y sorgo.

Sobresale la producción de café en los municipios de Pueblo Nuevo y Condega (INIDE, 2003).

Las encuestas que regularmente realiza la firma M&R sobre el comportamiento religioso, registran una progresiva pérdida de terreno del catolicismo en Nicaragua. En el 2001 el 74,4% de los encuestados se declaraba católico y el 15,1% evangélico. En el 2007 católicos eran el 62,9% y evangélicos 25,3%. En 2009 los católicos seguían perdiendo adeptos alcanzando el 54,4% y los evangélicos 27,7%. En 2013 el catolicismo bajó al 50,9% y los evangélicos siguen subiendo para posicionarse en 31,1% (Navarro, 2015). Muchas comunidades rurales del departamento de Estelí se caracterizan por profesar la religión evangélica por lo que fue incluida para aportar elementos al análisis cualitativo de la presente investigación.

En cada uno de estos departamentos existe el SILAIS que es la unidad administrativa del Ministerio de Salud Central. La red de servicios de salud cuenta con un hospital departamental, centros de salud familiares y comunitarios y puestos de salud que garantizan la atención de la población en zonas geográficas más dispersas. Existe variabilidad en el acceso geográfico a las unidades de salud.

El puesto de Salud es la estructura más pequeña y generalmente la cobertura de salud es garantizada por médicos en servicio social y enfermeras. Ellos se encargan de la promoción en salud, la toma de Papanicolaou y la referencia de las pacientes cuando ameritan tratamiento a mayor nivel resolutivo.

Sujetos participantes

Se entrevistaron a quince mujeres procedentes de zonas periurbanas y rurales de los departamentos de Jinotega (05 entrevistas), Chinandega (05 entrevistas) y Estelí (05 entrevistas) que habían tenido contacto con la unidad de salud y que tuviesen pareja al momento del estudio.

Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada con preguntas abiertas con las que se logró profundizar en los conocimientos actitudes y creencias sobre el

cáncer cervicouterino. Adicionalmente se entrevistaron diez líderes de salud distribuidos de la siguiente manera Jinotega (dos entrevistas en la comunidad de san José y dos entrevistas en la comunidad de san Gabriel para un total de 4 entrevistas), municipio el viejo Chinandega (03 entrevistas) y comunidad Isidriillo, Estelí (03 entrevistas), en búsqueda de elementos adicionales propios de la comunidad relacionados con los conocimientos actitudes y creencias de las mujeres en edad fértil sobre el cáncer cérvico uterino.

La selección de la muestra es de primera importancia, no por lo que representa en sí, sino por la filosofía de la ciencia y los supuestos que implica. De su correcta comprensión depende el significado de toda la investigación. En el presente estudio por ser fenomenológico se impuso la muestra intencional, donde se priorizó la profundidad sobre la extensión, y la muestra se reduce en su amplitud numérica.

Tipo de muestreo

Se trató de un muestreo basado en teoría , en el cual la elección de los elementos, no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigar, siendo de tipo propositivo (Intencional), seleccionando la muestra sobre el propio conocimiento de la población, estableciendo criterios de inclusión alrededor del tema por parte del investigador, basados los mismos criterios en las propias experiencias o juicios del investigador. El tamaño de la muestra no fue elegido de antemano si no que se enfocó en la obtención de riqueza de información hasta alcanzar un número de informantes que aportaran elementos a la teoría del tema de investigación (Crabtree & Miller, 1999).

En la muestra intencional se eligieron una serie de criterios que se consideraron necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que perseguía la investigación. Se buscó una muestra que fuese comprensiva y que tuviese a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes o sujetos de estudio.

Criterios de inclusión:

1. Mujer en edad fértil de 18-45 años
2. Residentes permanentes del área geográfica de estudio
3. Mujeres que asistían o habían asistido a la unidad de salud asignada para su atención.
4. Mujeres con estado civil acompañada o casada
5. Cualquier nivel educativo desde una persona analfabeta hasta otras con estudios profesionales.
6. Anuentes a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

1. Mujeres que nunca se han realizado Papanicolaou
2. Mujeres que residen temporalmente en el área
3. Mujeres que no estén en uso completo de sus capacidades mentales.
4. Mujeres que tengan cáncer diferente al cáncer en el aparato reproductor femenino
5. Personas que haya aceptado participar en el estudio, pero por razones surgidas repentinamente, cambie de opinión durante el proceso de la investigación y solicite su exclusión del mismo.

Criterios de eliminación:

1. Mujeres diagnosticadas y tratadas con cáncer cervicouterino previamente
2. Mujeres renuentes a la participación en el estudio
3. Mujeres con enfermedades crónicas terminales

En el caso de los líderes de salud o parteras de igual manera el muestreo fue propositivo, el día que se acudió a las comunidades a entrevistar a las mujeres se preguntaba por el líder de salud, brigadista o partera y se entrevistaba a quien estuviese disponible y diese su consentimiento para participar.

Técnica de recolección de la información

Se empleó la entrevista a profundidad, semiestructurada la cual consiste en obtener información mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales (Ruiz, 2012).

Las entrevistas semiestructuradas tienen un control medio de la conversación poseen un diseño muy planificado y se realizaron preguntas abiertas para poder profundizar en los conocimientos actitudes y creencias sobre el cáncer cervicouterino. Si bien se contó con una guía de preguntas las mismas en algunas ocasiones se extendieron o modificaron con el fin de profundizar en la búsqueda de la información necesaria hasta saturar la misma.

Instrumento para la recolección de la información

Se empleó un cuestionario previamente validado y mejorado que incluía siete preguntas que exploraban conocimientos, nueve preguntas sobre actitudes y seis sobre creencias relacionadas al cáncer cervicouterino. Las preguntas eran abiertas para fomentar el diálogo y profundizar en diversos conceptos (ver anexo 1).

El segundo cuestionario fue utilizado con líderes de salud y parteras el cual incluyó ocho preguntas relacionadas a las creencias de las mujeres de la comunidad sobre cáncer cervicouterino, actitudes de los varones respecto al Papanicolaou, así como otras posibles barreras de las mujeres para acudir a las Unidades de Salud (ver Anexo 2).

Procedimientos

Los participantes en el estudio fueron ubicados en sus domicilios en las comunidades donde residen, se priorizaron las comunidades que tuviesen acceso

a puestos de salud y se visitaron según la coordinación con el SILAIS local. Las entrevistas se realizaron en los meses de Marzo a Junio de 2017 y se visitaron por tres días las comunidades de los departamentos seleccionados.

Al realizar la visita domiciliar se explicó la entrevista que se pretendía realizar y se buscó privacidad para que en el caso de las mujeres se sintieran cómodas de expresar sus sentimientos, pensamientos y sus experiencias en torno al tema de investigación, se pidió consentimiento verbal antes de iniciar la entrevista y se grabó para confirmar que accedían voluntariamente a responder la misma. Fueron también notificadas sobre sus derechos de renunciar a seguir colaborando en la investigación cuando ellas así lo considerasen.

En el caso de los líderes de salud se procedió de igual manera obteniendo consentimiento para las grabaciones y entrevistas y se realizaron con privacidad para que pudiesen emitir sus comentarios sin restricción alguna. La duración de la entrevista fue entre 25 y 35 minutos.

Método de análisis de los datos (Ghiso, 1996).

Se utilizaron las seis fases para la realización del estudio fenomenológico: 1) descripción del fenómeno, 2) búsqueda de múltiples perspectivas, 3) búsqueda de la esencia y la estructura, 4) constitución de la significación, 5) suspensión de enjuiciamiento, y 6) interpretación del fenómeno.

La fase de descripción se realizó a partir de la experiencia concreta y describirla de la manera más libre y rica posible. Al reflexionar sobre los acontecimientos, situaciones o fenómenos, se pudieron obtener distintas visiones: la del investigador, la de los participantes, la de agentes externos.

A lo largo de la tercera fase, a partir de la reflexión, se trató de captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, y las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas. Se establecieron categorías y las relaciones

existentes entre ellas. Durante la constitución de la significación (cuarta fase), se profundizó más en el examen de la estructura, centrándose en cómo se forma la estructura de un fenómeno determinado en la consciencia. La quinta fase se realizó la suspensión de los juicios mientras se recogía la información y la investigadora se iba familiarizando con el fenómeno objeto de estudio.

Por último, en la fase de interpretación, se trató de sacar a la luz los significados ocultos, y se extrajo de la reflexión una significación que profundizó por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso. Esto se realizó a través de la generación de categorías de análisis congruentes con los objetivos de estudio y por tanto con el instrumento de entrevista diseñado para la investigación.

Las categorías de análisis utilizadas fueron relacionadas a las causas, prevención, riesgos, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino así como fuentes de apoyo para las mujeres. A su vez estas categorías fueron derivando diversos códigos cuyo listado se fue ampliando a medida que se obtenía la información por parte de las entrevistadas, lo cual es característico de la flexibilidad de la investigación cualitativa (ver anexo 3).

Interpretación fenomenológica

Se construyó una explicación de las categorías emergentes de las experiencias y vivencias de los entrevistados, con base en el establecimiento de sentido y significado a la información proporcionada. Con la finalidad de mantener el anonimato a los entrevistados, las entrevistas fueron codificadas. Se utilizó el programa de computador ATLAS.ti Versión 3.03 para la codificación y análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas y posteriormente se escribió el informe sintetizado de todas las respuestas obtenidas y de los conocimientos, actitudes y creencias más relevantes y más representantes. Esta información también se trianguló con la expresada por los líderes de salud cuyas entrevistas fueron categorizadas de igual manera que las de las mujeres en estudio.

IX. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados que bajo el abordaje fenomenológico se obtuvieron con el fin de explorar la influencia de los conocimientos, actitudes y creencias acerca del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil (MEF) residentes de tres departamentos de Nicaragua: Estelí, Jinotega y Chinandega.

En primera instancia se caracterizará a las mujeres entrevistadas y luego se discutirán los resultados en base a los acápites de conocimientos, actitudes y creencias, expresados por las mujeres en estudio así como los líderes de salud y parteras que a su vez fueron entrevistados.

En relación a los datos sociodemográficos se observa en las Tablas 1-4 que las mujeres participantes tenían edades comprendidas entre los 25 y más de 45 años de edad, todas tenían pareja predominando el estado civil acompañada, tres de las entrevistadas eran analfabetas, dos alfabetas, cuatro habían cursado primaria incompleta y tres tenían secundaria incompleta. Solamente dos de las participantes en el estudio tenían un oficio (estilista y una planchaba), las restantes eran amas de casa.

Tabla 1.

Edad de las entrevistadas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
25-35 años	7	47
36-45 años	5	33
Más de 45 años	3	20
Total General	15	100%

Fuente: entrevista realizada por la autora

Tabla 2.

Escolaridad de las entrevistadas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
secundaria completa	3	20
secundaria incompleta	3	20
primaria incompleta	4	27
analfabeta	3	20
alfabeta	2	13
Total General	15	100%

Fuente: entrevista realizada por la autora

Tabla 3.

Estado civil de las entrevistadas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Casada	5	33
Acompañada	10	67
Total General	15	100%

Fuente: entrevista realizada por la autora

Tabla 4.

Ocupación de las entrevistadas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación		
Ama de casa	13	87
Oficio (estilista plancha)	2	13
Total General	15	100%

Fuente: entrevista realizada por la autora

En relación a los líderes de salud y parteras, las diez personas entrevistadas fueron del sexo femenino con edades entre 49-56 años con experiencia de apoyar al MINSA en las distintas actividades. Seis de ellas eran parteras y el restante se describió como líderes o brigadistas de salud.

9.1 Conocimientos sobre el cáncer cérvico-uterino

En relación a los conocimientos fue muy llamativo observar que a pesar de que se trató en su mayoría de mujeres donde las unidades de salud de primer nivel de atención se encuentran cercanas a sus hogares, al menos seis de ellas dijeron no poseer conocimientos sobre el tema, algunas mencionaron frases como: *“Yo no he oído muchas cosas del cáncer en la matriz, sé que existe el cáncer en la matriz y en las mamas”* y la creencia subyacente en aseveraciones como *“No manejo información porque no he tenido hijos”* esto es llamativo dado que el Ministerio de salud de Nicaragua trabaja este tema como un asunto prioritario, hay disponibilidad y se oferta el examen de papanicolaou desde los puestos de salud comunitarios hasta las unidades de mayor resolución, dicha oferta incluye consejería y algunos medios educativos propios de las unidades de salud.

Este tema toca un universo complejo de vivencias, experiencias, creencias, temores, muchas veces imperceptibles desde una perspectiva biomédica (López & Calderón, 2013). En ocasiones las mujeres se tornan avergonzadas sencillamente al abordar temas que conciben tan privados y pueden ser evasivas. En alguna ocasión la mujer que se eligió para entrevistar respondió *“yo no sé nada de eso y de eso no le voy a decir nada”*.

Es necesario tener en cuenta que las dimensiones que se exploran no dependen de manera exclusiva del individuo, sino que tienen connotaciones importantes de tipo cultural, relacionadas con el cuerpo y con el género. Una mirada reduccionista en este campo puede llevar a exagerar el énfasis en la responsabilidad individual, en relación con la prevención y las intervenciones de la patología ginecológica mencionada (López & Calderón, 2013).

En la entrevista a profundidad se percibe la convicción transmitida por las demás mujeres de la familia en cuanto a que causa el cáncer cervicouterino (denominado cáncer de la matriz para la mayoría de mujeres Nicaragüenses):

“A mí me han dicho en mi casa que eso de viene de que cuando uno anda con la menstruación y no se hace limpieza en el vientre para que no se me quede ninguna suciedad adentro. Ahí en el lugar mío donde yo vivía antes, que es en el campo hay una planta que es buena para eso, se llama Rey del parto. Todo eso me hacía allá con los otros niños eso me hecho. Pero cuando ya me viene o ya me pasa me tomo eso. Cuando uno se toma eso le salen coágulos de sangre vaginales, eso lava. Yo me hecho de ver que no tengo nada cuando me veo el vientre bien chupadito. La manzanilla es otra que limpeya. Porque me imagino que el cáncer viene de tener represado eso.”

Entre los causales más referidos por las entrevistadas es que el cáncer cervicouterino “se debía a infecciones”, sin embargo, no era un conocimiento sólido, pues rara vez fue mencionado que se debía a una infección específica por el virus del papiloma humano como tal. Además, existe conocimiento relacionado a que la transmisibilidad puede ser con el contacto de la pareja *“La Infección, cuando el esposo tiene infección”*, *Cuando uno ha tenido relaciones (Sexuales)... tal vez no nos cuidamos, tal vez la mujer está buena y tiene relaciones con un hombre que tiene alguna enfermedad y le da*. Se percibe que se relaciona para ellas con la actividad sexual, pero como algo sucio (infecciones). Históricamente, el cuerpo, la sexualidad, las decisiones y acciones de las mujeres son sometidas al control social (Hutchinson, 2003). La sexualidad femenina en la sociedad occidental es percibida como peligrosa, por lo que es necesario reprimirla para conservar la pureza y evitar la transmisión de enfermedades (Weeks, 1998).

Es relevante que en las mujeres entrevistadas se advierte el riesgo ante múltiples parejas sexuales para padecer la enfermedad *“Eso da cuando andan con un hombre con otro” aseveraciones* que se enmarcan en las culturas latinoamericanas como ocurre también al norte de México se enmarca en una ideología conservadora-religiosa (Maier, 2008).

En el imaginario social, llevar una vida sexual “liberada” es un seguro para el diagnóstico de cáncer, al relacionarse con la inmoralidad, asumiéndose como un

castigo ante los pecados cometidos, lo que trae consigo sentimientos de vergüenza y lleva a una muerte dolorosa (Sontag, 1996). El diagnóstico del Cáncer cervicouterino pasa por la estigmatización al relacionarse con el número de parejas sexuales y prácticas socialmente rechazadas. (Vanslyke, 2008).

La mujer es concebida como “un guardián” del bienestar e intereses de la familia, basada en una visión moral del ser mujer, a la vez que se señala a aquellas (generalmente de clases sociales bajas) con prácticas “repugnantes”, no honorables, que las exponen a enfermedades venéreas (French W. E., 1992) (French W. E., 1996).

En una investigación realizada con mujeres en Hermosillo, México y Tucson, Estados Unidos, se reporta que algunas de las causas identificadas por las entrevistadas sobre este cáncer involucra connotaciones morales como practicar sexo violento y los abortos (Cartwright, 2004). Si bien en nuestro estudio no se obtuvieron expresiones similares esto también ejemplifica un poco las percepciones en las mujeres acerca del cáncer cervicouterino que se asocian a aspectos negativos de la sexualidad.

En nuestra civilización, nacida al amparo de la cultura judeocristiana, los misteriosos resultados de un sufrimiento personal tienden a quedar asociados con el castigo por transgresiones desconocidas (pecados). Esto proporciona una causa identificable, una razón que también contribuye (considerando su asociación con el pecado) a formar una de las bases para el estigma, una manera especial de la persona, asociada con la desgracia, el reproche y la infamia. A pesar de los esfuerzos para educar a la población, esta estigmatización se manifiesta hoy día de varias maneras (Vidaurreta, 1983). En nuestra población en estudio en Isidriño, Estelí se destacó por asignar de manera generalizada aspectos religiosos a las causas de padecer la enfermedad:

“Yo digo que en veces es por desobediencia. Porque cuando uno se apega más a Dios, Dios lo mantiene sano, buena su familia. Por ejemplo, yo he sido una madre sufrida de tres niños y yo no me siento nada. Yo le pido al señor la salud

todos los días, la fuerza para trabajar porque yo mantengo a mi niña. A mis otros dos niños me les ayudan y mire gracias a Dios estoy aquí bien."

Las mujeres del municipio el viejo Chinandega también expresaron en las posibles causas: *"eso es como hereditario"*. En el imaginario de las mujeres, el cáncer de cuello uterino es consecuencia de varias situaciones, no necesariamente relacionadas; sin embargo, el posible resultado, cáncer, esta mediado por el designio divino o por la herencia. Las causas más frecuentes hacen referencia a hábitos y estilos de vida tales como alimentación, tabaquismo, deficiencias en la higiene genital, dispositivo intrauterino, multiparidad y nuliparidad (Tamayo, Chávez, & Henao, 2008).

Al indagar sobre los conocimientos sobre el Papanicolaou la mayoría de las mujeres asociaron este examen como una práctica preventiva para el cáncer cervicouterino y cuándo se pregunta por la periodicidad con la que debe realizarse el examen mencionaron que se debe realizar cada seis meses o anual, cosa que no se corresponde a la normativa nacional que expresa cada año y sobre la cual se espera que se han basado la educación y sensibilización por parte del Ministerio de Salud. Al profundizar el porqué de la periodicidad menor al año se mencionó: *"Cuando me lo hacen ellos me ponen la fecha me dicen le toca hacérselo cada seis meses o al año y así. Me lo hice en abril de este año y me citaron en un año" En otros casos menos frecuentes mencionaron: " Supongo que cada 2 años o cada vez que sientas feo ahí, le huele feo, le hiede"*

Nuevamente si bien hay conocimiento que es útil para la prevención del cáncer cervicouterino también se vuelve a mencionar que el tema de las infecciones referido a todos los signos y síntomas vaginales de diversas afecciones *" Hace poquito me lo hice porque la enfermera me dijo que estaban en promoción y que el resultado venía como en quince días pero no me ha llamado. Ese examen es importante por las infecciones"*.

En relación a la utilidad del Papanicolaou las entrevistadas respondieron que era útil *"para que no haya sangrado"* y además expresaron *sirve para "Saber si mi*

marido me pega alguna enfermedad, anda con otra (mujer).” O bien, “Es importante, para evitar la parte inflamatoria en los ovarios, ahí uno se da cuenta de todo los problemas que le da uno las infecciones.”

De las mujeres entrevistadas solamente una mencionó el temprano inicio de la vida sexual activa como una posible causal de la enfermedad, esto es posible a que en Nicaragua hay un temprano inicio de la vida sexual activa especialmente en áreas rurales y posiblemente sea aceptado como la normalidad en la sociedad.

En Paraná, Paraguay se encontró que las mujeres a pesar de haber oído hablar del papanicolaou , un alto porcentaje de mujeres encuestadas no tenían conocimiento sobre el mismo y que dieron respuestas imprecisas y erróneas. (Ruoti de García de Zúñiga, 2008). Estudios realizados en países de Latinoamérica por su parte reflejan también un conocimiento bajo; así una investigación del Perú señala que el 89.4 por ciento de la población estudiada presentó conocimientos bajos e intermedios (Bazan F, 2007).

Es llamativo que en nuestro estudio y los demás mencionados de Latinoamérica exista poco impacto de las campañas educativas respecto al Papanicolaou su utilidad, frecuencia y en general del cáncer cervicouterino cuando hay muchas estrategias dirigidas en este sentido. Probablemente esté relacionado al nivel educativo ya que la mayoría de las mujeres entrevistadas eran analfabetas y con primaria incompleta. Es conocido que a mayor nivel educativo, mayor comprensión de los temas de salud que pueden estar llenos de tecnicismos y términos desconocidos, quizá las mujeres además por vergüenza no preguntan sus dudas e inquietudes en las unidades de salud y de ahí que eso impacte de manera desfavorable en las estrategias educativas que puedan plantearse.

Al indagar sobre el tratamiento en las entrevistas realizadas a las mujeres la mayoría opinaban que no existía tratamiento. Esto puede ser explicado ya que socialmente se admite que el cáncer es una enfermedad grave, con elevada mortalidad, aunque existen otros padecimientos mencionados, con absoluta

indiferencia, tan graves y tan frecuentes como él. El tabú y los mitos alrededor del cáncer son tan arraigados que es la única enfermedad donde se les niega la verdad a los pacientes, aquellos que son curados se desconocen por la población o se consideran diagnosticados erróneamente, por el contrario todo lo incurable o de evolución fatal se le atribuye al cáncer (Rodríguez, 2000).

Con unas relaciones públicas tan poco constructivas y con la irreflexiva creencia de que curar es vivir eternamente, es lógico que la verdad se vea suplantada por el terror. Se debe recordar que la mortalidad humana es del 100% (Gómez, 1996).

Hemos llegado a este siglo con un gran desarrollo científico, más acelerado en los últimos años gracias a los productos citostáticos que aumentaron la supervivencia y ayudan a la cura de muchos pacientes. El advenimiento de nuevos equipos de radiaciones ionizantes con mayor potencia y exactitud en el uso anticanceroso, se ha completado el uso de técnicas quirúrgicas menos mutilantes y agresivas en los estadios iniciales de la enfermedad, que es cuando se logran los mejores porcentajes de curación, de alta supervivencia y mejor calidad de vida. Además la Biología es un vehículo ideal donde viajan los nuevos aportes en el estudio del cáncer, en las transformaciones moleculares y celulares desde las células normales a las células malignas y a su vez se amplía el espectro para un mejor control de la enfermedad (Estape, J, 1998) (Soriano, Soto, arrébola, & Fleites, 1997) (Ortega; Belhan, A, 1993).

La epidemiología con sus estudios e investigaciones aportan importantes datos a las causas del cáncer. El enfermo de cáncer bien estudiado puede prolongar su vida con calidad y dignidad, ya que la farmacología también con sus aportes posibilita eliminar el dolor en los estadios avanzados y por lo tanto con menos sufrimientos (Valladares, 1985).

Dos mujeres procedentes de Chinandega expresaron conocimientos sobre tratamientos utilizados como la quimioterapia, radioterapia, pero fue expresado con connotación agresiva y dolorosa sobre el tratamiento *“yo del tratamiento he oído*

decir que las queman con unas cosas eléctricas, donde está la matriz". Fueron mencionadas algunas barreras para acceder al mismo:

" Hay que ponerse como dice el dicho... las baterías para buscar tratamiento caro, eso debe ser caro. Porque mire uno como pobre no hay otra manera si no agarrase de Dios.... que hacer quizá gana muy barato y uno dice cómo voy a ir a una clínica, mientras el que tiene dinero va a su clínica que tiene posibilidades. Más uno que a veces trabaja para la familia para el sustento de un niño o una niña y ya no ajusta para ir a un médico privado. Cuando no me quiero atrasar de trabajar busco como comprarle el medicamento en la farmacia a la niña. Porque cuando uno es de largo tiene que luchar. En el trabajo donde estoy yo si uno pierde un día le quitan dos días y si uno sale a las 4 de la tarde, mejor dicho perdió ese día y ahí no hay clínica en mi trabajo".

Se observò que existe dudas de como seguir el flujo de atención en caso de la positividad del diagnóstico dado que implica la atención por los diversos niveles y esto puede resultar tedioso e implicar un costo que no pueden solventar. El costo del transporte para búsqueda de citas y los viajes frecuentes a las unidades con mayor nivel resolutive; además si proceden de zonas rurales siempre buscan compañía para ir a la ciudad lo que supone incrementa dichos costos.

9.2 Creencias sobre el cáncer cérvicouterino

Al indagar sobre las creencias se evidenció como la influencia de lo que se transmite en el entorno forma parte de la explicación del fenómeno de la enfermedad. Las creencias como supuestos básicos de la cultura, se consideran como cualquier convencimiento sea consciente o inconsciente que predispone a las personas a percibir los acontecimientos e iniciar acciones coherentes con la forma de pensar. Las dimensiones de las creencias son afectivas, cognoscitivas y conductuales. La dimensión cognoscitiva es el conocimiento sobre el cual se basa esa creencia y las bases para que el juicio sea malo o bueno, sea correcto o incorrecto (Flynn, 1988).

De las entrevistas a profundidad se obtuvieron opiniones *“ mire yo digo viene de aseo personal, creo, falta de cuidado, Yo oigo decir que tal vez viene de pastilla, a veces del medicamento que uno usa para planificar, las inyecciones, las pastillas, tal vez porque por parte que viene las infecciones.”* *“Otros de tanto tener hijos, porque la matriz de uno se estira y después no se compone”*.

La asociación del cáncer a los métodos anticonceptivos es una creencia contraproducente para los programas de planificación familiar especialmente en un país con alta tasa natalidad y alto índice de fecundidad. (Nicaragua tasa de natalidad para año 2015 19.93 y Costa Rica 14.53. En relación al índice de fecundidad Nicaragua 2.23 en el año 2015 mientras que 1.80 en Costa Rica) y de nuevo denota que este es un aspecto que debe ser incluido en las estrategias de comunicación y educación en salud (Expansión. Datos macro, 2015).

Otra creencia para la etiología del cáncer cervicouterino fue la asociación al consumo de alimentos en ciertos periodos como en la menstruación o en el puerperio como parte de las creencias expresadas. *“Yo digo que viene de alguna enfermedad, comida que uno come, como grasosa.”*

“He oído que a las mujeres les pega mordiscos en el vientre, sólo eso he oído. También me han dicho que es porque cuando uno tiene niños no se cuida, tal vez comen huevo, comen cosas dañinas”. “En el hospital me daban leche y dicen que eso es malo. Yo solo comía tortilla y queso por quince días me cuidaba y en veces es hasta 40 días que hay que cuidarse de no comer frijoles, cosas heladas”. Estas expresiones son típicas de nuestra cultura Nicaragüense en donde la menstruación y el puerperio se enseña que las mujeres deben abstenerse de alimentos como huevo, frijoles e incluso durante el puerperio es toda una preocupación para el personal de salud dado que las puérperas reciben por parte de sus madres y abuelas la orientación de comer solamente tortilla con queso y tibio (bebida caliente preparada a base de maíz), afectando la nutrición de la madre y del recién nacido.

La influencia de las creencias es evidente en diversas culturas y no necesariamente latinoamericanas sino que en países como Uganda las mujeres

evidencian similares creencias a pesar de recibir información sobre el cáncer de cuello uterino, en la radio y de los trabajadores de salud en los centros de salud y algunos profesionales de la salud tradicionales. Sin embargo, el conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino era deficiente, y existían conceptos erróneos. Muchas participantes de los diferentes municipios de Uganda afirmaron sistemáticamente que el cáncer de cuello uterino era el resultado del uso de anticonceptivos. Esta noción se relacionó principalmente con los efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos que incluyen sangrado excesivo y efectos en los ciclos menstruales:

“Digo que la anticoncepción causa cáncer de cuello uterino porque cuando comienzas a usar ciertas opciones como ingerir pastillas, te encuentras sangrando tanto que significa que te afectan mucho, sangras y sangras sin recibir tratamientos” Otras mujeres que participaron en esta investigación atribuyeron el cáncer de cuello de útero a los alimentos que comían y su preparación, incluyendo el uso de bolsas de polietileno para cubrir los alimentos al cocinar lo que hace referencia a lo que expresaban mujeres entrevistadas en las comunidades de Jinotega y Estelí que también mencionaron a ciertos alimentos (Rawlance Ndejjo, 2017).

En San José Jinotega la líder de salud comenta cómo existen algunas comunidades que dan una explicación mágica religiosa al padecimiento. *“Los de la religión evangélica dicen que es hechizo el que hacen. Hace poco me di cuenta que murió una muchacha joven, que murió de cáncer y el pastor evangélico le dijo que era hechizo. Cuando la trajeron del hospital ya desahuciada, que no había nada que hacer, pues el marido llamó a los hermanos evangélicos pues ella se había cambiado de religión, porque antes era católica.”* *“Pero todo mundo no cree, ellos dicen era a cáncer y del cáncer nadie se capeya. Esa muchacha era joven de 25 a 30 años, que hasta trabajaba en un banco. Ella no era de mi comunidad pero vivía cerca.”*

“Se dio un caso en otra comunidad que como el marido era así de otra religión evangélica, él dijo que Dios curaba y se murió la señora y como ella no salía a buscar tratamiento.”

Las creencias que influyen para la no realización del Papanicolaou en la comunidad de Isidrillo, Estelí una lider nos comentaba:

“Alguien me dijo a mí, que yo digo que eso es falso porque ninguna enfermera ni que trabaje ni brigadista porque ya somos capacitados, me dijo que le dijeron...no vayas a dejar que te saquen la matriz porque después ya no te la acomodan, pero ¿para que te la van a sacar la matriz? le dije, no seas loca y le expliqué cómo es que hacen el examen. No si yo siento que me sacan la matriz, me dijo... no le dije yo, el aparato que te ponen es lo que vos sentís pero no que te estén sacando la matriz y entonces ya me la convencí que no es que le sacaban la matriz eso era lo que ella creía que con el aparato le jalaba la matriz.”

En relación al tratamiento del cáncer cervicouterino en la comunidad de San José Jinotega, mencionaban la fruta guanábana como agente terapéutico: *“comiendo bastante guanábana, o haciendo fresco licuado ayuda bastante, (también) los óvulos para evitar la infección en el puesto de salud.”* Según el modelo de creencias en salud es el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Kirscht, 1998). He ahí cuando se debe determinar cuando la creencia realmente se vuelve algo cognoscitivo y se traduce al comportamiento lo cual pudiese en algún momento demorar la búsqueda de tratamiento oportuno.

9.3 Actitudes hacia el cáncer de cérvico uterino

La determinación social del hombre no excluye la comprensión científica de lo biológico en su existencia y la relación indiscutible entre ambos. La esencia y la existencia humana sólo pueden explicarse en el marco social donde vive, así se puede valorar la actitud de cada individuo frente a los problemas de salud donde las ciencias médicas deben actuar para prevenir, curar y rehabilitar a ese ser humano portador y partícipe activo de las relaciones sociales (Mendoza, 2006).

Las características de las personas modelan la conducta individual y se manifiestan en la interacción sujeto–medio, haciendo que se adquiera conciencia de la realidad y se actúe en consonancia con ella. Estas disposiciones que adopta la personalidad, son las actitudes del Individuo (Ponce, 1991).

Fatalismo ante el diagnóstico

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico por el haz de malos augurios que trae su nombre, es vista como un presagio, no sólo de proceso doloroso y muerte, sino también de mutilación. Es bien conocido el miedo generalizado que el diagnóstico y en no menor grado la propia palabra cáncer suscita en la población. El cáncer representa para muchos una imagen de soledad, abandono y desamparo. Un médico que ignore su naturaleza alegórico-simbólica (sentimientos y símbolos asociados en nuestra sociedad con la palabra cáncer y todo el folclore que le rodea) sería más técnico que un médico propiamente dicho. Si existen tantas otras enfermedades tan mortíferas como el cáncer ¿Por qué no tienen esta reputación?, probablemente por dos motivos: La mala fama a través de la historia de la humanidad que no ha podido ser desarraigado de la conciencia del hombre a pesar del desarrollo científico. Le tenemos miedo, porque todavía desconocemos su origen, aunque muchos aspectos nos conduzcan al optimismo. El enfermo quiere saber la causa del cáncer y como no se le puede responder categóricamente tiene reacciones paranoides y necesita responsabilizar a alguien de lo que le sucede (MINSAP, 1994).

Todo el contexto antes descrito fue expresado en las mujeres de este estudio. La actitud de temor excesivo ante un diagnóstico de cáncer con descripciones gráficas como *“esa enfermedad es como llaga, que se come tal cosa, se va comiendo los órganos... Claro que si me preocupa porque es tanta gente que muere ahora con eso, no sé, se ve tan seguido, cáncer en la mamas, cáncer en la matriz.”*

La palabra cáncer es un ejemplo triste del potencial afectivo como deformador de su auténtico significado. Se admite que el cáncer es una enfermedad grave, con elevada mortalidad, más existen otras padecimientos mencionados, con absoluta

indiferencia, tan graves y tan frecuentes como él. El tabú y los mitos alrededor del cáncer son tan arraigados que es la única enfermedad donde se le niega la verdad a los pacientes, aquellos que son curados se desconocen por la población o se consideran diagnosticados erróneamente, por el contrario todo lo incurable o de evolución fatal se le atribuye al cáncer (Rodríguez C. , 2000).

Las expresiones en las mujeres en estudio relacionadas a esto fueron:

“Es una enfermedad muy peligrosa... me preocupa porque se dice que es una enfermedad mortal... ya no tengo cura.”

“Yo ni ando hablando de eso, es una enfermedad terrible.”

“Yo le digo mire doctora si usted me va a hacer ese examen y me sale algo mejor no me diga nada, ahorita que tengo los triglicéridos de 600 ando bien preocupada porque yo me vivo haciendo exámenes, imagínese otra cosa. ¡Uy! si me dicen que yo tengo eso no me moriría de eso si no del afligimiento, y a no es la enfermedad que lo mata a uno si no el pensamiento”

Los líderes de salud confirmaron el temor de las mujeres ante el diagnóstico y cómo las aconsejan para que puedan superar sus miedos. *“yo les digo (deben prevenir), haciéndose el Papanicolaou detectan el cáncer y pueden curarse mientras que avanzado “no se capeya nadie”. Aceptar que tienen el problema, ellas tienen miedo porque se piensa o la persona se psicosea que el que tiene cáncer se muere”.*

Otras actitudes mencionadas por los líderes de salud con su experiencia ante el diagnóstico: *“ Si les dicen que tienen cáncer les preocupa porque el tratamiento no llega a la unidad de salud, deben ir a Managua (la ciudad capital) y se les dificulta porque tienen hijos, porque no tienen como viajar. Si es otra cosa, otra infección, los médicos las mandan a llamar y les dan tratamiento. Nosotros en la comunidad somos 4 parteras y 6 brigadistas y todos tenemos buena comunicación con la Doctora, la Directora”. Es llamativo esta actitud pues sólo se piensa en la forma severa de la enfermedad, que ameritaría tratamiento al más alto nivel resolutivo.*

Son los líderes de salud los que orientan y educan a las mujeres de estas comunidades y para ellas son referentes confiables. Por lo que también es contraproducente el pensamiento trágico de las mismas.

Actitud de vergüenza ante un posible diagnóstico

Desde sus inicios el cáncer fue visto como un mal atribuido a dioses o demonios, contagioso y hereditario. El paciente portador de cáncer era rechazado por la sociedad. Ya con estos antecedentes se puede comprender el arraigo y el significado del vocablo en la sociedad y como se mantiene a través del desarrollo de la civilización hasta nuestros días (Lage A, 1987).

El cáncer cervicouterino al afectar las partes "íntimas" de las mujeres hace que se sientan avergonzadas y expresan sentimientos de vergüenza, preocupación y tristeza, por lo que en las entrevistas expresaban:

- "Me da pena van a pensar que andaba de mujer, atrevida",

- "lo más difícil es que le sacan la matriz, y ya quedan sin matriz, y si uno tiene tener más hijos ya sin matriz no puede.",

"-el dolor que dará a uno, me dará tristeza, desde el momento que le dicen esa enfermedad tiene que ir largo hasta Managua... los niños que tiene uno, tiene que cuidar."

Actitudes de poca percepción de riesgo

Según el modelo de creencias en salud la susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad "estadística" de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. Así pues, esta dimensión se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene

cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo (Janz & Becker, 1984) (Rosenstock, 1974). En relación a esa posibilidad estadística las mujeres expresaron: *"No (puedo llegar a padecer cáncer cervicouterino) suelo cuidarme bastante."*; *"No... mi familia tiene otras enfermedades, mi mama murió de diabetes, por nada más. Y yo me cuido"*.

Así pues, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa (Weinstein, 1993). En este aspecto las mujeres no se consideraban amenazadas por la posibilidad de esta patología: *"No, Yo no siento, no me duele nada, solo la cabeza en veces, pero tomo pastilla, solo el pelo es que se me cae."*; *"no me preocupa. Solo he estado con un hombre."*

A lo largo de la historia siempre hubo una enfermedad que para la gente tenía connotaciones mágicas, demoníaca o sagrada: en el tiempo de Hipócrates era la epilepsia; en la antigüedad, la lepra; en la edad media; la sífilis y en la actualidad es el cáncer la enfermedad "tabú," es decir prohibida o restringida (MINSAP, 1994).

En la presente investigación fueron frecuentes las explicaciones religiosas para expresar protección ante la enfermedad especialmente en las comunidades de Jinotega y Estelí:

"A mí no me preocupa, yo le pido al señor que me guarde, yo cuando me hago los exámenes he salido bien. Una vez fíjese que andaba con una humedad fuerte. Un día me voy para dónde mi tía yo andaba de falda y me salió un chorro de agua pero fuerte hasta abajo y tuve que ponerme toalla. No me hice examen en ese tiempo. Me fui al culto y el pastor dijo las que están enfermas que pasen. Una hermana se fue directo para acá (vientre) yo sin decir porque me daba pena, yo soy bien así, mis cosas yo solita, solo a veces los médicos pero siempre Dios. La hermana no era de aquí y dijo hermanos traigan el aceite ungido y me ungieron y dijeron que el señor me estaba operando. Dijeron que tenía infección en los ovarios

y yo sin decirle a nadie lo que tenía... ni a mi tía que me crie con ella, lo que hice fue que me vine a llorar pero yo clamándole a Dios. Luego fui al culto como a los cinco días y entonces me volvió a decir, el señor la está operando y desde que me dijo eso sequita, ya no ando nada, después me hice el PAP y me salió bien sin nada de infección”

También la religiosidad y la pobreza fueron expresada como un factor protector: *“Fíjese que no me preocupa, yo vivo confiada, sólo confío en Dios. Usted sabe que Dios mira al pobre con más fidelidad. Yo soy una mujer sufrida y no padezco de nada. Me levanto oscuro a las 4 am y a las 5 am ya voy al trabajo”.*

“Con la ayuda de Dios espero en Dios que no, porque yo me estoy realizando el examen, yo me voy realizando el examen cada seis meses o al año, a más tardar el año, para saber cómo estoy”.

Una de las frases más relevantes al referirse al diagnóstico o al tratamiento del cáncer fue: *“primero Dios y a veces los doctores”.*

Actitud hacia los Servicios de Salud

En muchas ocasiones las mujeres no acuden a los servicios de salud de manera preventiva y sólo lo hacen en caso de enfermedad o embarazo. Esto demora la captación de diversas enfermedades prevenibles en estadios tempranos. *“ Me empecé a hacer el PAP ya de la edad del niño (6 años) de 28 años me hice el primer PAP y yo tuve mi primera pareja a los 19 años. A saber por qué no iba en ese tiempo, ni un control le hice a esa pobre chinguina. El centro quedaba cerca pero las brigadas médicas ni mi familia me decía nada de control ni de Papanicolaou. Hasta ahora que me vine a esta comunidad ya me hablaron de eso. Yo antes vivía en una comunidad que el bus se tardaba una hora y luego había que caminar media hora más”* Este es un reflejo de que el escaso conocimiento aunado a las barreras geográficas influye en acudir a los servicios de salud para chequeos periódicos.

Se observó en las mujeres entrevistadas cierta negación a realizarse el examen si este fuese realizado por personal de salud masculino. Cuándo se indagó ¿Alguna vez le ha hecho un PAP un varón, cómo se sentiría si le tocara que se lo hiciera un varón? *“No me gusta (personal masculino) mucho atrevimiento, porque un hombre te morbosea”*: otras mujeres se rehusarían a realizárselo y refieren que solamente en caso de emergencia o un parto se dejarían ser atendidos por un varón.

En la comunidad de San Gabriel la líder de salud expresó: *“Es importante pero a veces no les gusta porque es un varón y nos buscan a nosotros para que les apoyemos a que sea una doctora o enfermera que se los haga, por ejemplo en la móvil es una doctora la que llega. Al inicio no les gustaba porque a veces salen los resultados con infecciones de transmisión sexual y hay varones que tienen otras mujeres y había problemas con las esposas, pero ahora van poco a poco cambiando de parecer al ver que las mujeres se enferman, porque no solo sale cáncer en el examen sino otras enfermedades y medicándose a tiempo es bueno. Antes no se oía hablar tanto del cáncer aunque siempre ha existido y que hay otros tipos de cánceres entonces ellos ven que es necesario el examen y en las charlas preguntan:*

¿Cómo sabe la mujer que tiene cáncer? ¿Qué sienten las mujeres que tienen cáncer? ¿Qué puede hacer la mujer para verse a tiempo?

Este temor se describe en otro estudio realizado en Chile en donde las mujeres que se negaban a hacerse el examen y lo mencionaban como una fuente de temor. También se expresó como una barrera importante para realizarse el papanicolaou (Valenzuela & Miranda, 2001).

A pesar de lo anterior fue llamativo que en una comunidad de Jinotega un médico varón logró vencer dicha barrera en algunas de las mujeres: *“Le tenemos confianza (médico de la comunidad) nosotros lo apoyamos, es una persona de confianza”* .

Se expresaron otras situaciones que pueden incidir como otras barreras a la hora de tomar la decisión de realizarse Papanicolaou: *“Hace ocho días que me lo hizo*

me dijo que me iba a llamar para que fuera a retirarlo pues fue en San Pedro que me lo hice. La vez pasada me tardó tres meses el resultado.”

“Como en un mes (le entrega los resultados), pero ninguno (los resultados anteriores) me han entregado... la buscan a la mujer para entregarlo sea bueno o sea malo.”

Las barreras percibidas tanto para el examen de Papanicolaou o como para el tratamiento fueron expresadas de la siguiente manera por la líder de salud de la comunidad de San José ,Jinotega:

“El Papanicolaou lo hacen diario, es raro que no esté la muchacha (enfermera)”.
“Dilata bastante el resultado, dos a tres meses”. Otras participantes comentan:

“Hace poco se presentó una señora que en el Papanicolaou le había salido el virus. Mira me salió un problema grande y me voy a ir al mero Jinotega a buscar un ginecólogo para que esto no me vaya a avanzar. Y como ella tenía posibilidades buscó médico y tratamiento. El problema es que la ginecóloga llega al mes y se llena. Pero imagínese estar con hemorragia y esperando y algo que tiene que esperar dos a tres meses por una cita, Esto desanima a las mujeres y dicen que voy a ir a hacer si me dejan esperar dos a tres meses y el cáncer le avanza. A veces llegan y les dice no hay cita, está llena la agenda.

Ahorita supe de una profesora que se hizo el Papanicolaou y luego cayó en hemorragia y entonces la trajeron a Jinotega y la mandaron hasta Managua y ella dice que los PAP le salían bueno hasta en su clínica del seguro. Ella hasta está recibiendo su quimio.

Hay otras pobres mujeres las que les toca ir a Managua cuando les dicen que tienen cáncer cuando pueden van y cuando no pueden no, a veces enjaranándose.

Una señora sobreviviente del cáncer me dijo, cuando le tocaba ir hasta Managua por la quimio a veces me decía, no pude ir este mes por que no tenía con qué”.

Las participantes en las entrevistas también emitieron opiniones acerca de la asistencia a sus respectivas unidades de salud la actitud fue positiva en acudir al centro de salud sin embargo lo asociaban más a la búsqueda de tratamientos, no necesariamente para acudir a controles periódicos. Las opiniones negativas predominaron en Chinandega: *“En centro de salud a veces son muy odiosos”*. Otras opinaron: *“No me gusta ir, porque es mala la atención, porque tanta gente que llega, sino llegas como quien dice muriéndote no te atienden, lo primero que te preguntan si son de tal parte te atienden sino no.”* También mencionaron: *“No me gusta, porque aquí no sirve, aquí solo te revisan, te tocan y ya, te mandan “ibuprofen”, para eso me la receto, yo”*.

La calidez en los servicios de salud es fundamental para el éxito de la captación precoz de patologías tan relevantes como el cáncer cervicouterino. La persuasión para la realización periódica de los papanicolaou requiere mucho de empatía, confianza y es necesario la sensibilización del personal de salud al respecto especialmente en zonas rurales en donde las mujeres son más reservadas con sus asuntos de salud.

Los líderes de salud de San José, Jinotega opinaron que antes existían más temores, pero que la situación ha ido cambiando: *“Antes decían que dolía, que les sacaban la matriz pero nosotros les hemos explicado como es el examen”*.

En El Viejo, Chinandega la líder de salud comenta *“Ellas dicen que es bueno y casi la mayoría que he conversado con ellas se ha hecho el PAP porque hace unos siete años murió una compañera que era profesora de cáncer cerviuterino, entonces ella falleció y las mujeres han quedado miedosas y entonces se hacen su chequeo. Otras han salido con virus del papiloma, se han puesto en tratamiento porque de ahí viene el cáncer. Yo les explico cómo se puede desarrollar y que es bueno que para que se hagan el tratamiento porque si uno lo detecta a tiempo se puede curar,*

si no ya sabemos que cuando está en etapa avanzada pues no se puede. Yo he sabido de varias personas de otros pueblos que han sobrevivido de cáncer. Una señora que estuvo viajando a Managua (para tratamiento) y ella se sanó. Gracias a Dios ella está viva y es sobreviviente de cáncer.” Algunas dicen que les da pena hacérselo porque en el sector donde estamos están atendiendo las muchachas no es adecuado, no es un lugar seguro, les da miedo que entre alguien”.

Las mujeres participantes del estudio expresaron que la actitud de la pareja en general fue positiva solamente una mujer prefería ocultarle a su marido y dos mujeres de Chinandega fueron muy abiertas al expresar los problemas de pareja que esto representaba. *“ Que estoy loca, que voy a dejar meter el dedo por alguien, que él no conoce, por eso él no me deja hacérmelo.”* Otra mujer expresó:

“En mi situación anterior, pues tuve muchos problemas, los hombres son muy celosos y siempre piensan mal de las mujeres, cuando se van a realizar este examen. Ellos piensan que es un irrespeto hacia la mujer, en vez de cuidado, piensan que es cosa irrespetuosa”

Al validar información con los líderes de salud de San Gabriel, Jinotega expresaron que respecto a los requisitos para que la mujer se realice el Papanicolaou: *“ Lo más difícil es que la mujer se guarde “no puede tener sexo”, “que tenga dieta”.*

Los líderes comunitarios también expresan que ha sido una situación no muy fácil de enfrentar.

“Al principio los hombres les decían que no se lo hicieran porque les veían sus partes pero ya estos últimos años ellos al ver la enfermedad les dicen que se lo vayan a hacer. El hombre como es más macho más duro. Pero si está a temprana etapa la mandan a que se operen para que la mujer no siga con la enfermedad.”

“(Los hombres) “se afligen de que a sus compañeras les de eso, hay unos que no lo permiten porque son machistas y no quieren a sus compañeras ni

a sus hijos. Los que lo permiten dicen que no ha problemas. Antes estaban renuentes pero con las reuniones han ido cambiando, ha sido una lucha”

“ (Lo más difícil ha sido) concientizar a los maridos para que les dejen hacerse el examen, les decían “si es mujer si te dejas sino no” puros mitos aunque ahora ya no, eso es porque son celosos y otra porque son penosas.”

Es claramente necesario que el varón sea incluido en las estrategias educativas del sector salud en cuanto a la etiología, diagnóstico oportuno y tratamiento de las mujeres con cáncer cervicouterino.

Según todo lo analizado de las entrevistas, la evidencia de creencias negativas en las mujeres de las comunidades respecto a que las causas del Ca Cu es por uso de anticonceptivos y que se asocia a consumo de alimentos y /o explicaciones mágico religiosas puede entorpecer la acción preventiva y puede influenciar a las mujeres a dejar su salud a la deriva.

Las actitudes fatalistas y de vergüenza y tristeza hacen que las mujeres vean la muerte como un destino inevitable ante una patología que claramente puede ser prevenida y tratada en estadios precoces. Además la actitud de poco riesgo y de que cuentan con la protección divina de nuevo puede influenciar a un comportamiento poco beligerante para la búsqueda de atención médica.

Las actitudes de poca confianza en los servicios de salud por la no entrega oportuna de resultados , por la poca calidez del personal que atiende y la percepción de que implica un gasto importante acceder a las unidades de salud; entorpece la búsqueda periódica para la realización del papanicolaou y para la búsqueda preventiva de atención médica. Todo lo anterior evidencia que los conocimientos, creencias y actitudes son determinantes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades socioculturalmente complejas.

X. CONCLUSIONES

Los conocimientos sobre la etiología y el tratamiento del cáncer cervicouterino o que poseen las mujeres en edad fértil residentes de Jinotega, Estelí y Chinandega fueron inadecuados ya que fue atribuida la etiología de la enfermedad al uso de anticonceptivos, falta de higiene personal e incluso a la ingesta de ciertos alimentos y en periodos específicos como el puerperio. Aunque existía conocimiento y sensibilización sobre la realización del papanicolaou la utilidad del mismo se atribuía a diversas patologías del aparato reproductor femenino, especialmente infecciones vaginales.

Las actitudes ante un posible diagnóstico de cáncer cervicouterino fueron en su mayoría fatalistas, se concebía como una enfermedad incurable y mortal, además de generar vergüenza y mucha tristeza en las participantes. También fue llamativo que las líderes de salud se refirieran al estado terminal de la enfermedad y no a una actitud más positiva ante el diagnóstico temprano.

Las creencias sobre la etiología de la enfermedad fueron explicadas por aspectos religiosos por no andar en las cosas del señor así como conductas sexuales no apropiadas, hábitos de cuidados de salud en periodos de menstruación y puerperio así como la asociación con el consumo de determinados alimentos.

A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud que provee acceso gratuito y ha fortalecido las redes de atención en salud, las mujeres del presente estudio mencionaron barreras importantes tales como la demora en resultados, la incertidumbre de cómo optar a tratamiento especializado en caso de la posibilidad del diagnóstico de cáncer cervicouterino.

Fue evidente la influencia negativa del poco conocimiento, las creencias populares y las actitudes fatalistas como barreras para la realización del papanicolaou ya que contribuyen a que las mujeres no tengan percepción de riesgo para contraer la enfermedad ni que utilicen el papanicolaou como un examen que les permita conocer de manera temprana esta enfermedad y acceder a los servicios de salud oportunamente (ver figura 7).



Figura 7. Modelo de creencias en salud según la percepción de MEF entrevistadas en Jinotega, Estelí y Chinandega, Nicaragua.

Según el modelo de creencias en salud existe severidad percibida de la enfermedad en la población estudiada, pero no suceptibilidad percibida ya que consideran la creencia en Dios como un factor protector. La figura No 8 permite identificar que si bien están claras de los beneficios percibidos de realizarse el Papanicolaou, existen muchas barreras mencionadas para acceder a los servicios de salud tales como: limitaciones económicas, la posibilidad de encontrar personal de salud masculino, la poca calidez de las servicios de salud, demora en entrega de resultados y en algunos casos la actitud negativa de la pareja.

Se confirma la hipótesis de estudio:

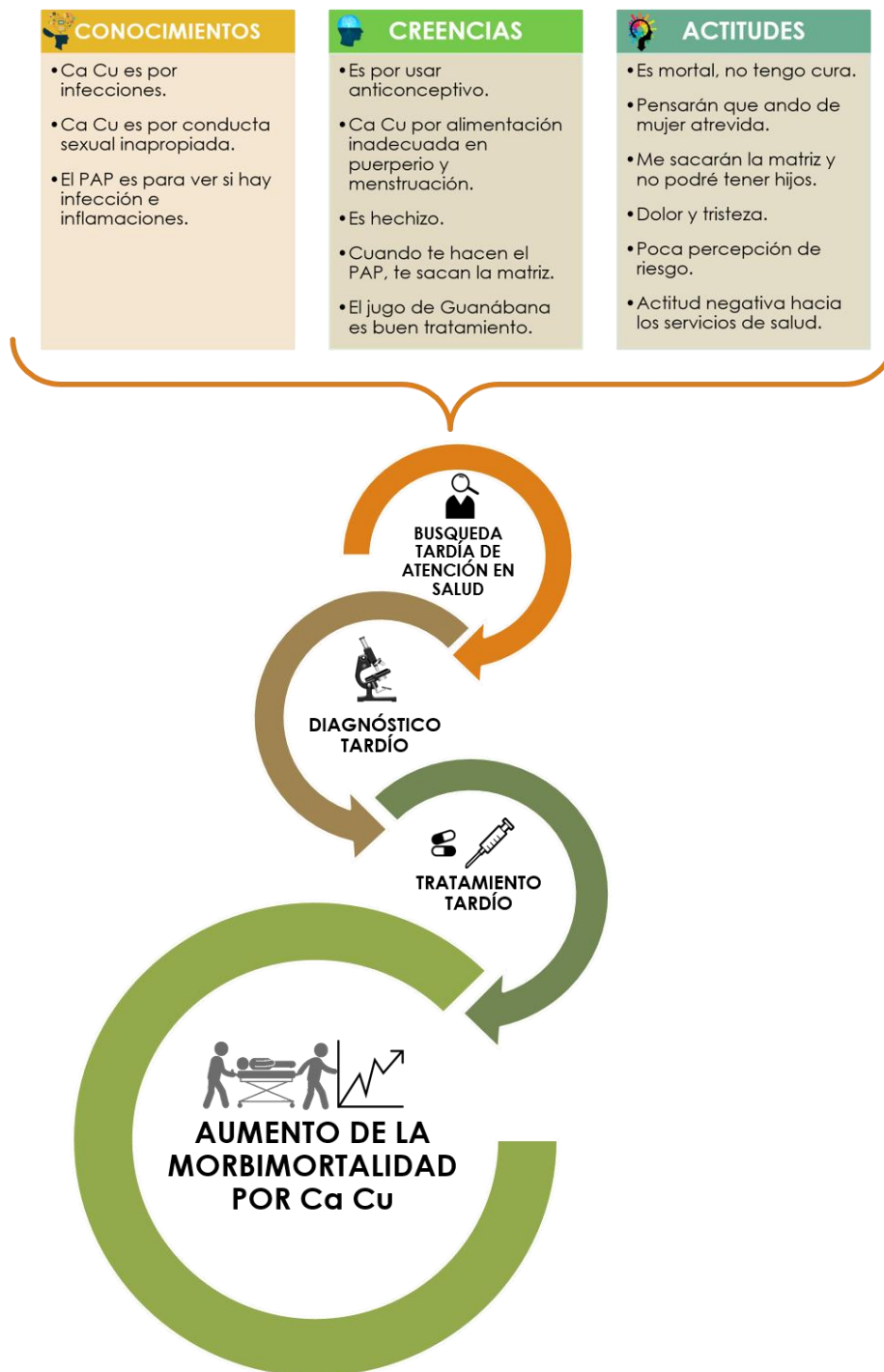


Figura 8. Se prueba la hipótesis del estudio. El desconocimiento sobre la etiología, prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino aunado a las creencias populares influyen sobre las actitudes hacia los comportamientos preventivos y por ende el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en las mujeres de tres departamentos de Nicaragua.

XI. RECOMENDACIONES

1. Implementar plan educativo sobre cáncer cervicouterino dirigido a personal comunitario y a mujeres en edad fértil de Jinotega, Chinandega y Estelí. (ver anexo 4)
2. Fortalecer los conocimientos sobre el cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil y personal comunitario a través de los equipos de salud familiar y comunitario de los sectores.
3. Abordar en los contenidos educativos las creencias, actitudes y barreras que puedan disminuir la participación en la toma de papanicolaou y en la búsqueda de atención médica oportuna.
4. Incluir a las parejas en las acciones educativas a implementar para influir sobre la búsqueda preventiva de atención en salud

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo S, A. S. (2006). Motivos que levam mulheres a nao retornarem para receber o resultado de examen Papanicolaou. *Rev Latino-am Enfermagen*, 14, 503-9.
- Aguinaga Roustán, J., Comas, D., Díaz, M. A., López, A. E., Manrique, A., & Ochoal, J. (1983). Evaluación de la percepción de la problemática de salud. *Notas de Investigación*(23), 141-158.
- Alcorta, A., Ancer, J., Saldivar, D., Guzmán, S., Bermojat, M., Montes, J., . . . H. (2008). Medición de la salud psicosocial en estudiantes de medicina: validación del cuestionario Jefferson. *Interdisciplina*, 1(25), 101-119.
- Alvarez, L. A. (2000). Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*,, 1(14), 33-40.
- Bazan F, P. M. (ene./mar de 2007). *Fac. med. [online]*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000100006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-5583.
- Beccaro, C. M. (2007). Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer patients. Results from the Italian Survey of the dying cancer (ISDOC). *BMC Public Health*, 7:66.
- Berger, P. L. (1996). *Construção social da realidade. Petrópolis, RJ: Vozes*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Bingham, Bishop, Coffey, & al, e. (2003). Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex*, 3(45), 408–16.

- Cartwright, E. S. (2004). "Soy muy mujer". *Percepción del cáncer cervicouterino en mujeres mayores*. Hermosillo Sonora y Tucson Arizona, Mexico y Estados Unidos.
- Claeys, Gonzalez, Gonzalez, Page, Temmerman, & Bello. (2002, November). Determinants of cervical cancer screening in a poor area: results of a population-based survey in Rivas, Nicaragua. *Tropical Medicine and International Health*, 7(11), 935–941.
- Concha P, X., Urrutia, M., & Riquelme H, G. (2011). Creencias y virus papiloma humano. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87-92. doi:75262012000200002.
- Crabtree, B., & Miller, W. (1999). *Doing Qualitative Reserach*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cubas, H., & Milenith, M. (2010). Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en. *UCV-Scientia*(2), 15-18.
- Elicet, A., Guillermo, J., & Solís, A. (2014). Conocimientos, Actitudes Y Practicas Frente a la toma del Papanicolaou en mujeres del hospital Chacas. *Revista In CRESCENDO*, 1(2), 485-494.
- Estepa, J. (1998). Cáncer: Un "tabú" decreciente. *Neoplasia*, 15(3): 75-6.
- Expansión. Datos macro. (2015). *Datosmacro. expansión.com*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/costa-rica>
- Flyn. (1988). irrational beliefs and intervention. *Journal of psychosocial Nursing*, 25 #3.
- Forja, C. (2000). *Manejo Creativo del Estrés: Creencias*. . Caracas.
- French, W. E. (1992). Prostitutes and Guardian Angels: Wome, Work, and the Family in Porfirian Mexico. *The Hispanic American Historical Review*, Volumen 72, número 4, pp. 529-552.

- French, W. E. (1996). A peaceful and working people: Manners, Morals, and class formation in northern Mexico. *Albuquerque University of New Mexico Press*.
- Ghiso, A. (1996). Métodos de la Investigación Cualitativa. 39-59.
- Given, L. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Los Angeles, CA: SAGE.
- Goddard, S. P. (2011). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*, 53(9):1149-1162.
- Godeleva, R. O. (enero-Junio de 2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento de los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21(1), 79-90.
- Gómez, S. (1996). *Introducción. En: ¿Cómo dar las malas noticias en medicina?* Madrid: Grupo Aulas Médicas S.A p.1-6.
- GRASSI, R. A. (2006). "Capacitações dinâmicas, coordenação e cooperação interfirmas: as visões. *Estudos Econômicos.*, 36(3), 611-635.
- Gutiérrez, J. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito Psicosocial. *Psiquiatría pública*, 10(4), 211-219.
- Heidegger, M. (2006). Introducción a la fenomenología de la religión. En M. Heidegger, *Introducción a la fenomenología de la religión*. (págs. 233-256.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Husserl, E., & Heidegger. (1997). Psychological and trascendental phenomenology and the confrontation with Heidegger (1927-1931). En E. Husserl, & Heidegger. Dordrech: Kluwer: e. and trans. T. Sheehan.
- Hutchinson, E. (2003). "Add Gender and Stir" cooking up Gendered Histories of Modern Latin America. *Latin American Research Review.*, Volumen 38, número 1, pp. 267-288.

- IARC-WHO. (20 de 11 de 2019). *Global Cancer Observatory (GLOBOCAN)*.
Obtenido de <https://gco.iarc.fr/databases.php>
- INIDE. (16 de 03 de 2003). Obtenido de www.inec.gob.ni:
<http://www.inide.gob.ni/atlas/caracteristicasdep/rio%20san%20juan.htm>
- International Agency for Research on Cancer. (2005). Cervix cancer screening. En
IARC, *handbook of cancer prevention*.
- ISSBERNER, L.-R. (2010). Bases conceituais em pesquisa, desenvolvimento e
inovação: implicações para políticas no Brasil. *CGEE/MCT*, , pp. 11-32.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health
education Quarterly*, 11, 1-47.
- Kirscht, J. (1998). The health belief model and predictions of health actions. En Ds
Gochman (Ed.). *Health behavior: emerging research perspectives*, 27-41.
- Kitchner, H., Castle, & Cox, J. (21 de Agosto de 2006). Achievements and limitations
of cervical cytology screening. *Vaccine*, 24(3), 63–70.
- Laborin, A., Vera, N. J., Durazno, S., & Parra, A. (2008). Composición del Locus
Control en dos ciudades latinoamericanas. *Psicología desde el Caribe*, 22,
63-83.
- Lage A, C. M. (1987). Las posibilidades de reducción de la mortalidad por cancer en
Cuba: análisis para un programa nacional . *Revista Cubana de Oncología*,
101-30.
- Lau, R., Hartman, K., & Ware, J. (1986). Health as a value: methodological and
theoretical considerations. *Health Psychology*(5), 25-43.
- Laurell, A. C. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista
Latinoamericana de la Salud*, 7-25.

- López, C., & Calderón, M. M. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Médica Risaralda* 2013, 1(19), 14-20.
- Lostao, L. (Octubre-Diciembre de 2000). Factores predictores de la participación de un programa de "screening" de cáncer de mama, implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. *REIS*, 169-188.
- Maier, E. (2008). "La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidades y la/s familia/s en Estados Unidos y Mexico". *Frontera Norte.*, Volumen 20, número 040, pp. 7-47.
- Maiman, L., & Becker, M. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 336-353.
- Marshall, G. (1991). A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff. *Journal of Personality and Social Psychology*, 483-491.
- Mendoza, M. d. (2006). ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL TABÚ A LA PALABRA CÁNCER. *Archivo Médico de Camagüey* 2006, ISSN 1025-0255.
- Miller, & Brewer. (2003). The A-Z of social research. A dictionary of key social science research concepts. En M. RL, & B. JD, *The A-Z of social research. A dictionary of key social science research concepts*. London: Sage Publications Inc.
- Minayo, M. (2004). O desafio de conhecimento. *pesquisa qualitativa em saude.*, 7^{ma} edición.
- Ministerio holandés de asuntos exteriores. (2012). Evaluación de la IOB Nicaragua.

- MINSA. (2010). Normativa 037- Ptotocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con Inspección Visual de ácido acético y tratamiento con Crioterapia. Managua, Nicaragua.
- MINSA. (2015). *Diez perimeras causas de mortalidad en Nicaragua*. Managua: Oficina Nacional de Estadísticas.
- MINSAP. (1994). Programa Nacional de Control de Cáncer. *Ministerio de salud pública Cuba*.
- Modeste, & Tamayose. (2004). Terms and concepts. En Modeste, & Tamayose, *Dictionary of public health promotion and education*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.
- Moreno Emilo, G. R. (2003). El modelo de crrencias de salud: Revisión Teórica, consideraciones crítica y propuesta alternativa,. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicol+ogica*, 3(1), 91-109.
- Navarro, A. (18 de 05 de 2015). *Confidencial*. Obtenido de <http://confidencial.com.ni/archivos/articulo/21791/en-nicaragua-hay-pluralismo-religioso>
- Norman, P., & Benner, P. (2001). *Health of Locus Control*. (M. C. Norman, Ed.) Buckingham, UK: Open University Press.
- Oliveira, M. T. (octubre a Diciembre de 2015). Conocimientos actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en usuarias de consulta externa de Ginecoobstetricia del. Managua, Nicaragua.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Cáncer cervicouterino en las Américas* . Obtenido de www.paho.org/cancer
- Ortega, & Gasset. (1968). Ideas y creencias. En G. J. Ortega, *Ideas y creencias*. (pág. p.24). Madrid.

- Ortega, G. (1883-1955). *Filósofo y ensayista español, exponente principal de la teoría del perspectivismo y de la razón vital e histórica, situado en el movimiento del Novecentismo*. Madrid.
- Ortega; Belhan, A. (1993). Descentralizar la lucha contra el cáncer. *Revista IC y T. México: Consejo nacional de ciencias y tecnologías*, 9-11.
- Oviedo, P. (2001). Diccionario filosófico: Manual de materialismo filosófico .Una introducción analítica. En P. Oviedo, *Diccionario filosófico*: (pág. 739). España.
- PAHO. (2014). *Panamerican Health Organization*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Cervicouterino-2014.pdf>
- Palacios-Ceña, D. C. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería*, 21(2), pág. 68-73.
- Payer, M. (2005). (U. C. Venezuela., Editor, & F. d. educación, Productor) Recuperado el 30 de septiembre de 2016, de <http://constructivismos.blogspot.com>
- Ponce, J. (1991). Dialéctica de las actitudes en la personalidad. *MEDISAN 03*, 39-41.
- Powell Perng, a., Wei Perng, c., Twalib Ngoma, d., Crispin Kahesa, d., Julius Mwaiselage, d., D., S., . . . Solimane, a. A. (2013, Diciembre). Promoters and barriers to cervical cancer screening in a rural setting in tanzania. *Int. J Gynecolo obstet.*(3), 221-225. doi:10.1016/j.ijgo.2013.05.026
- Prochaska J, V. W. (1997). The transtheoretical model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion*(12), 38-48.

- Rawlance Ndejjo, T. M. (2017). Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: a qualitative study. *BMJ Journals*.
- Rico, F. (11 de Julio de 2015). *Revista de Psicología*. Obtenido de https://issuu.com/franciscorico9/docs/revista_psicologia_final.docx
- Rodriguez, C. (2000). Necesidad de los programas de control de cáncer. *MINSAP Cuba*.
- Rodríguez, C. (2000). Necesidad de los programas de control de cáncer. *MINSAP*.
- Rodriguez, L., & UNFPA. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La cultura como una fuerza para incidir en los cambios de políticas de SSR. Ecuador. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/60284880/2.620190813-121278-j8jhw5.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFactores_Sociales_y_Culturales_Determina.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSBJ6BAHW2F52Z3%
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of health belief model. *Health education Monographs*, 2, 328-335.
- Ruiz. (2012). Metodología de la Investigación Cualitativa. En R. O. I, *Metodología de la Investigación Cualitativa* (pág. 165). Bilbao: Deusto.
- Ruoti de García de Zúñiga, A. d. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolau (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud*, vol.6 no.2.
- Sontag, S. (1996). La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. *España, Santillana*. .

- Soriano, J., Soto, N. T., arrébola, J., & Fleites, G. (1997). consideraciones éticas en torno al cáncer. En: Acosta Sariego JR, Bioética desde una perspectiva. *La Habana: Centro Félix Varela*, p. 165-72.
- Tamayo, L. S., Chávez, M. G., & Henao, L. M. (2008). Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México),. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 7(2): 177-186.
- Tenorio, I. (2010). *Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en usuarias externas del programa de planificación familiar del C de S Roger Osorio. Managua, Nicaragua: UNAN*. Managua.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Washington,DC: OPS: Family Health Internacional, 2005.
- Uriarte, J. M. (31 de Mayo de 2019). *Características.co*. Obtenido de <https://www.caracteristicas.co/conocimiento/>.
- Valdés, C. R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 49-59.
- Valenzuela, & Miranda. (2001). Porqué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Satiago de Chile. *Revista de Salud Pública*, 2-3, 75-80.
- Valladares. (1985). Etiología y epidemiología del cáncer. *Rev. Esp Oncología*, 32: 741-55.
- Vanslyke, J. a. (2008). "HPV ans Cervical Cancer Testing and Prevention: Knowledge, Beliefs, and Attitudes among Hispanic Women". *Qualitative Health Resarch*, Volumen 18, número 5, pp. 584-596.

- Vastbinder, Castillo, & Bekkers. (January de 2010). Barriers to follow-up of abnormal Papanicolaou smears among women in Leon, Nicaragua. *Tropical Doctor* 2010, (40), 22–26.
- Vidaurreta, M. (1983). Historia. En: Nociones y reflexiones sobre el cáncer. p.5-14.
- Vuger-Kovacic, D., Gregurek, R., Kovacic, D., & Vuger, T. y. (2007). Realtionship between axiety, depression and locus of control in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*(13), 1065-1067.
- Vygotsky. (1962).
- Weeks, J. (1998). Sexualidad. Mexico. *Editorial Paidos Mexicana*.
- Weinstein, N. (1993). Testing . *Health psychology*, 12, 324-333.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1.

ENTREVISTA A MUJERES

Datos sociodemográficos

Nombre:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Escolaridad:

Estado civil:

Ocupación:

I. Conocimientos

1. ¿Sabe cuál es la causa del cáncer en la matriz?
2. ¿Por qué cree que las mujeres padecen de este tipo de cáncer?
3. ¿Sabe alguna manera de darse cuenta que una mujer tiene esa enfermedad?
4. ¿Hay alguna manera de evitar esta enfermedad? ¿Cómo?
5. ¿Sabe por qué es importante y cada cuanto debe realizarse el papanicolaou?
6. ¿hay tratamiento para esta enfermedad?
7. ¿sabe de algún tratamiento natural que sea bueno para esta enfermedad?

II. Actitudes

1. ¿Qué piensa del cáncer en la matriz?
2. ¿Es algo que le preocupa? ¿Por qué?
3. ¿Le gusta ir al centro de salud para que revisen si todo está bien en su vagina y matriz?
4. Cada cuanto se realiza el papanicolaou?
5. ¿Hay algo que le de miedo del papanicolaou? ¿qué?

6. ¿Cómo hace para que le expliquen sobre sus miedos o dudas? ¿Habla con alguien sobre esto?
7. ¿Le gustaría saber si usted tuviese cáncer? por qué?
8. ¿Qué dice su pareja de que vaya al centro salud a realizarse el Papanicolaou?
9. ¿Qué sería lo más difícil para una mujer cuándo le dicen que tiene cáncer en la matriz? ¿Por qué?

III. Creencias

1. ¿Usted cree que a usted le puede dar cáncer en la matriz? ¿Por qué?
2. ¿Cree que es grave que le digan que el pap le salió alterado?
3. ¿Cree que es bueno hacerse el papanicolaou? ¿Por qué?
4. ¿cómo la atienden cuando va al centro de salud para le hagan el papanicolaou?
5. ¿Alguna vez le ha hecho un PAP un varón, cómo se sentiría si le tocara que se lo hiciera un varón.
6. ¿A usted le gustaría contar que tiene de cáncer en la matriz? ¿Por qué?

ANEXO 2

ENTREVISTA A LÍDERES DE SALUD

Datos sociodemográficos

Edad:

Lugar de residencia:

Escolaridad:

Estado civil:

Género:

1. ¿Cómo llegó a ser líder o brigadista de salud de esta comunidad?
2. ¿Da charlas o consejería a las mujeres de esta comunidad sobre el cáncer en la matriz? que les dice?
3. ¿Qué dicen las mujeres de esta comunidad sobre el cáncer en la matriz?
4. ¿Qué piensan las mujeres de esta comunidad sobre el papanicolaou?
5. ¿Qué piensan los varones de esta comunidad sobre el PAP y sobre el cáncer en la matriz?
6. ¿Si una mujer en esta comunidad se quiere tomar un PAP cuénteme como sería el proceso dónde se lo hacen, qué días y cuando viene el resultado?
7. ¿cuál cree usted que son las principales dificultades para que las mujeres se realicen el pap en esta comunidad?
8. ¿Qué es lo más difícil para las mujeres de esta comunidad cuando les dicen que tiene cáncer o un Papanicolaou que no está normal?

ANEXO 3.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Categoría	Subcategoría	Código
Causas	Causas del cáncer cervicouterino	Infecciones
		Virus
		Hábitos
		Otra
Prevención	Prevención CaCu	Exámenes
		Alimentación
		Prácticas
		Otro
	Frecuencia de PAP	Semestral
		Anual
		Otro
	Utilidad del PAP	Detección oportuna CaCu
		Diagnóstico de infecciones
Otra		
Riesgo	Percepción de riesgo	Justificación religiosa
		Conciencia de riesgo
		No percepción de riesgo
		Otra
Servicios de salud	Satisfacción de los servicios de salud	Personal de salud femenino
		Entrega de resultados oportuna
		Calidez de atención
		Otra
Diagnóstico	Actitud ante el diagnóstico	Miedo
		Pena
		Fatalismo
		Otra
Tratamiento	Opciones de tratamiento	No hay tratamiento
		Histerectomía
		Otro
Fuentes de apoyo	Apoyo de pareja	Indiferencia
		Acompañamiento
		Negación
	Otra	Otro

ANEXO 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA**

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA
FAREM – MATAGALPA**

Programa de doctorado en salud pública

PROPUESTA DE PLAN EDUCATIVO SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO



“Saber es poder”

Autora: Karen Vanessa Herrera Castro, MSc.

TABLA DE CONTENIDO.

I. INTRODUCCIÓN1

II. OBJETIVOS:.....2

III. OPERATIVIDAD DEL PLAN EDUCATIVO3

IV. PLAN DE EDUCACIÓN SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO5

I. INTRODUCCIÓN

Debido a los resultados del estudio efectuado acerca de la influencia de los conocimientos actitudes y creencias sobre las acciones de prevención del cáncer cervicouterino en mujeres rurales de Jinotega, Estelí y Chinandega Nicaragua, se propone un plan educativo que fortalezca los conocimientos de las mujeres y personal comunitario que pueda sensibilizar sobre las causas de esta enfermedad, la importancia de la regularidad de los controles en MEF así como las opciones de tratamiento para la misma.

El trabajo en poblaciones rurales exige la búsqueda de estrategias en educación para la salud, que disminuya la brecha cultural entre los prestadores de servicios y la población, dentro de un marco de respeto y reconocimiento de la diversidad sociocultural existente en las distintas comunidades del país. País. El tema del cáncer cervicouterino es un tema sensible por que hace referencia a la privacidad y órganos genitales femeninos lo cual no es cómodo para muchas mujeres discutir.

El personal que desarrolle actividades de salud debe ser potencialmente educador y la amplitud, profundidad y especificidad de las acciones educativas debe ser en lenguaje muy sencillo y comprensible .se debe garantizar que las mujeres reciban una información amplia y detallada, de los procedimientos que realiza el personal de salud durante la toma de la muestra de Papanicolaou por ejemplo para disminuir los temores acerca de la prueba así como sobre las causas para disminuir el estigma de esta enfermedad en la población y la posibilidad de tratamiento en caso de ser requerido.

El presente plan aborda los temas más relevantes expresadas por las mujeres en el estudio cualitativo efectuado y se propone que sea ejecutado por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario que garantizan la implementación del MOSAFC en los distintos sectores.

II. OBJETIVOS:

Objetivo General.

Proponer un plan educativo sobre cáncer cervicouterino dirigido a personal comunitario y a mujeres en edad fértil de Jinotega, Chinandega y Estelí.

Objetivo específicos:

1. Fortalecer los conocimientos sobre el Ca Cu en MEF y personal comunitario a través de los equipos de salud familiar y comunitario de los sectores.
2. Abordar en los contenidos educativos las creencias, actitudes y barreras que puedan disminuir la participación en la toma de Papanicolaou y en la búsqueda de atención médica oportuna.
3. Fomentar la participación social para que actúen como informadores y promotores del programa en su área de influencia.
4. Incluir a las parejas en las acciones educativas a implementar para influir sobre la búsqueda preventiva de atención en salud.

III. OPERATIVIDAD DEL PLAN EDUCATIVO

Se plantea realizar promoción sobre la prevención del cáncer cervicouterino a través de tres grandes esferas de intervención: la educación para la salud, la capacitación de promotores comunitarios y la participación social.

La educación para la salud logrará que las mujeres sus parejas y personal comunitario comprendan la importancia del autocuidado de la salud sexual y reproductiva; que reconozcan los factores de riesgo y los servicios disponibles, que reconozcan los factores de riesgo asociados al cáncer cérvico uterino y actúen para evitarlos o eliminarlos y que dominen el flujo de la atención gratuita que brinda el gobierno de unidad y reconciliación nacional a través de la red de salud del ministerio de salud de Nicaragua.

Este plan será ejecutado los equipos de salud familiar y comunitario en las visitas domiciliarias que realizan a los distintos sectores. En las reuniones que realiza el SILAIS y la red de salud en general deberán incluir estos temas a parteras, brigadistas de salud y organismos que apoyen la salud de las comunidades.

Los métodos participativos que utilizan técnicas de educación popular han demostrado tener mayor impacto en la modificación de actitudes y conductas en favor de la salud, por lo cual el presente plan debe ser implementado utilizando dinámicas, fomentando ambientes de confianza y de respeto.

Durante las actividades de educación para la salud que se realicen en consultorios, salas de espera, grupos comunitarios y en las visitas o trabajo de campo es muy importante identificar las diversas barreras culturales, educativas, institucionales y conductuales que limitan o dificultan el autocuidado de la salud y por lo tanto los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Durante las visitas domiciliarias y durante las capacitaciones de los líderes comunitarios y parteras se debe utilizar lenguaje muy sencillo, dar a conocer las principales opiniones de las mujeres de la zona según la presente investigación realizada e incidir en los conceptos erróneos y que pudiesen contribuir a que las mujeres no acudan a las unidades de salud.

Los temas deben ser muy específicos y gráficos, mostrar realmente lo que sucede durante la toma de papanicolaou por ejemplo , explicar los derechos que tienen las mujeres a solicitar personal de salud femenino para el examen si así lo desean e instar a las parejas que las acompañe. Se debe ser muy cuidadosos de respetar la privacidad, el pudor y las concepciones religiosas y culturales a la hora de realizar las pláticas, charlas y capacitaciones.

Se debe instar al personal comunitario que participe como divulgadores en sus comunidades en distintos espacios, tales como las iglesias, los líderes religiosos y que contribuyan a que las mujeres acudan a sus controles periódicos. El gobierno de unidad y reconciliación nacional promueve una responsabilidad social compartida. Es importante enfatizar que la salud es una responsabilidad de todas y todos.

La periodicidad propuesta es de una vez al mes. Las o los encargados del programa deberán llevar registros de las mujeres y participantes que han recibido todos los contenidos del plan con el fin de continuar incluyendo nuevas y nuevos participantes al plan educativo.

Al finalizar la implementación del plan y con el trabajo efectuado con los grupos focales se obtendrán mensajes claves educativos que deberán ser repetidos a las MEF en distintos espacios, tanto cuando sean visitadas por el equipos de salud familiar y comunitario como cuando asistan a la unidad de salud y se puedan expresar verbal o que esté plasmado en murales educativos o brochures elaborados por el personal de salud.

IV. PLAN DE EDUCACIÓN SOBRE EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Objetivo Estratégico: Mejorar el conocimiento así como las actitudes hacia la prevención del cáncer cervicouterino.

Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	Frec	Responsable	Ejecuta	observaciones
1. Fortalecer los conocimientos sobre los órganos genitales de las mujeres y sus funciones para contextualizar las afecciones en dichos órganos.	MEF, líderes de salud, parteras de Jinotega, Estelí y Chinandega con conocimiento de la anatomía del cuerpo femenino	Porcentaje de MEF, líderes de salud y parteras capacitados	Charla a las mujeres y su pareja durante las visitas domiciliarias que actualizan la HSFC y que investigan la salud de las familias. Charlas en unidades de salud. Capacitaciones de líderes de salud y parteras	Una vez al mes.	Director de Unidad de Salud	ESAF	Se deben emplear medios gráficos y realizar las charlas tipo conversacional donde la mujer y la pareja puedan interactuar.

continuación plan de educación sobre el cáncer cervicouterino

Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	Frec	Responsable	Ejecuta	observaciones
2. Transmitir en lenguaje muy claro y sencillo la fisiopatología del Ca Cu	Las mujeres adquieren conocimiento sobre Ca Cu, estadíos, síntomas,	Porcentaje de MEF, líderes de salud y parteras capacitados	Charlas domiciliarias Entrega de brochures Compartir estadísticas del área.	Una vez al mes	Director de Unidad de Salud	ESAF	Importante enfatizar que las mujeres no están condenadas a la muerte desde que reciben un resultado. Insistir en la búsqueda de atención médica inmediata.
Introducir a las siguientes definiciones: riesgo, factor de riesgo y Prevención.	Participantes aprenden conceptos de riesgo, factor de riesgo y se enfocan en prevención		Actividades de capacitación en unidad de salud	Una vez Al mes	Director de Unidad de Salud	Educadora, responsable del programa de Ca Cu	
Explicar la relación entre las ITS y las Enfermedades de cuello uterino.	Participantes aprenden a diferenciar los tipos más frecuentes de ITS		Actividades de capacitación en unidad de salud Exponer los principales factores de riesgos al padecer estas infecciones.	Una vez al mes	Director de Unidad de Salud	Educadora, responsable del programa de prevención de Ca Cu	Enfatizar que el Papanicolaou es para detección de Ca Cu y no de infecciones y que las leucorrea no son sinónimo de CaCu

continuación plan de educación sobre el cáncer cervicouterino

Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	Frec	Responsable	Ejecuta	observaciones
Sensibilizar a las mujeres y sus parejas para la realización del Papanicolaou	Mujeres con conocimiento de la técnica de Papanicolaou, beneficios y utilidad.	Porcentaje de cobertura de Papanicolaou en el área	Explicación detallada con imágenes sobre cómo se realiza el Papanicolaou, condiciones de preparación previa, para que sirva, frecuencia de realización.	Una vez Al mes	Director de Unidad de Salud	ESAF	Traer un espéculo pequeño para que las mujeres se adapten y conozcan algunos medios que se utilizan,
Explicar las opciones de diagnóstico de cáncer cervicouterino disponibles en el sistema de salud.	MEF con conocimiento de exámenes disponibles para la detección oportuna y el flujo que deben seguir para el acceso a los mismos	Porcentaje de MEF, líderes y parteras con conocimientos sobre medios diagnósticos	Realizar capacitación sobre IVAA, colposcopia, explicar los procesos de biopsias y la disponibilidad de los resultados.	Una vez al mes	Director de Unidad de Salud	ESAF	Explicar detalladamente los flujos de atención hacia el proceso de diagnóstico en caso de ser requerido niveles superiores de atención. Enfatizar en la oportuna entrega de resultados y el apoyo total de la Unidad de Salud

continuación plan de educación sobre el cáncer cervicouterino

Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	Frec	Responsable	Ejecuta	observaciones
<p>Dar a conocer los medicamentos disponibles.</p> <p>Disminuir la percepción de fatalidad con respecto al diagnóstico</p>	<p>Participantes con dominio de los tipos de medicamentos disponibles</p>	<p>Porcentaje de MEF con conocimientos sobre medios diagnósticos</p>	<p>Actividades de capacitación en unidad de salud</p> <p>Explicar los medicamentos y como actúan.</p> <p>Hablar de las reacciones adversas para disminuir temores excesivos.</p>	<p>Una vez al mes</p>	<p>Director de Unidad de Salud</p>	<p>Farmacéutico Responsable del programa</p>	<p>Importante enfatizar que no todo diagnóstico es fatal-</p> <p>Enfocarse en los efectos positivos del tratamiento a largo plazo.</p>
<p>Trabajar sobre las actitudes negativas hacia la búsqueda de atención en salud</p>	<p>Porcentaje de MEF, líderes y parteras opinando y aclarando en grupo conceptos e ideas expresados en los resultados de la investigación</p>	<p>Porcentaje de MEF, líderes y parteras que comparten sus opiniones sobre resultados de la investigación</p>	<p>En la unidad de salud, en reuniones de trabajo con líderes y parteras se presentarán las opiniones expresadas por las mujeres de las entrevistas y se realizará</p>	<p>Una vez al mes</p>	<p>Director de Unidad de Salud</p>	<p>Responsable de Programa</p>	<p>Tomar nota al final de cada discusión de grupo sobre mensajes claves que debemos transmitir a las mujeres en las comunidades.</p> <p>Por ejemplo:</p>

continuación plan de educación sobre el cáncer cervicouterino

Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	Frec	Responsable	Ejecuta	observaciones
							Las mujeres que se les diagnostica Ca Cu no están condenadas a morir, existe tratamiento efectivo en estadíos tempranos.
Influir sobre creencias contraproducentes que limiten el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno	Participantes abordando creencias y transformándolas en información educativa positiva	Números de grupos que realizan discusión de resultados	Grupos focales con distintos parteras líderes, parejas, MEF que analizan creencias y que se transforman en conocimiento adecuado.	Una vez al mes	Director de Unidad de Salud	Educadora, responsable del programa de prevención de Ca Cu	Tomar nota al final de cada discusión de grupo sobre mensajes claves que debemos transmitir a las mujeres en las comunidades. Por ejemplo, los anticonceptivos no causan Ca Cu tener muchos hijos si es un factor de riesgo.