



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

FACTORES QUE DETERMINAN QUE LAS MUJERES ACUDAN A
PÁCTICARSE EL PAPANICOLAOU

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA:

ZANDRA RAMÍREZ SÁNCHEZ

ASESOR DE TESIS
ALICIA SALDIVAR

Í N D I C E

Introducción

1. Infecciones transmitidas sexualmente (ITS)

1.1 Factores para contraer Infecciones Transmitidas Sexualmente

1.2 Mujeres e Infecciones transmitidas sexualmente

1.3 Género e Infecciones de Transmisión sexual

2. ¿Qué es el virus de papiloma humano (VPH)

2.1 Definición

2.2 Factores de Riesgo para contraer VPH

2.3 Detección

2.3.1. El Papanicolaou y la Colposcopia

2.4 Tratamiento

2.5 Virus de Papiloma Humano (VPH) y su relación con el Cáncer Cérvico Uterino (CACU)

3. Aproximación Teórica hacia las conductas preventivas

3.1 Justificación Teórica

3.2 Teoría de la Acción Razonada (TAR)

3.3 Teoría de la Conducta Planeada (TCP)

3.4 Actitudes y Cultura (Colectivismo, Individualismo)

4. Planteamiento de problema y Propuesta Metodológica

4.1 Objetivo General

4.2 Hipótesis

4.3 Definición Conceptual de las Variables

4.4 Definición Operacional de las Variables

5. Método

5.1 Participantes

5.2 Instrumento

5.3 Procedimiento

5.4 Análisis

6. Resultados

6.1 Caracterización de la muestra

6.2 Variables del Modelo Teórico

a) Conducta

b) Intención

- c) Creencias Actitudinales
- d) Creencias Normativas
- e) Creencias de Control
- f) Actitud
- g) Norma Subjetiva
- h) Control Percibido

6.3 Variable Propuesta

6.4 Correlaciones

6.5 Regresiones

Discusión

Limitaciones

Conclusiones

Referencias

Intervención

Programa de Intervención

Evaluación del Programa de Intervención

INTRODUCCIÓN

En los últimos años México como el resto del mundo, ha invertido en el pago de grandes campañas y programas de prevención para evitar que aumente el número de personas infectadas por microorganismos relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS), pero a pesar de estas medidas, el número de casos sigue elevado (Arredondo, Casanova y Ortíz. 1993). Siendo las ITS una de las diez primeras causas de morbilidad en la escala nacional, con un promedio de 220,000 casos anuales (CONASIDA,1997). Más aun, las ITS están dejando de ser un problema para poblaciones con practicas de riesgo más altas (homosexuales, drogadic@s, prostitut@s, bisexuales), para afectar a la población heterosexual y de manera critica a las mujeres.

Dentro del grupo de infecciones transmitidas sexualmente, el SIDA ha opacado a otras que si bien no resultan mortales a corto plazo, traen como consecuencias lesiones de por vida, como es el caso de la infección por virus de papiloma humano (VPH). Sin embargo si la infección por VPH no es tratada a tiempo, puede llega a ser mortal, debido a que en muchos casos aparece como antecedente del Cáncer Cérvico Uterino (CACU), el cual si es causa de muerte.

En la actualidad, el VPH resulta ser un gran problema de salud pública ya que la incidencia global anual en México es mayor a 25 casos por cada 100,000 mujeres, incrementándose en el periodo de edad entre los 20 y 39 años a más de 1 caso por cada 1,000 mujeres (Instituto Nacional de Perinatología, S/F). Estas cifras no parecen alarmantes, sin embargo debido a que se transmite principalmente por contacto sexual resulta altamente contagiosa.

Pero ¿qué es el Virus de Papiloma Humano? Antes era conocido como la enfermedad de las verrugas genitales, actualmente se le reconoce como una infección que se transmite por contacto sexual y no necesariamente produce verrugas. Esta infección es causada por un virus y se le ha clasificado como incurable, sin embargo existen tratamientos que permiten un buen control cuando es detectado a tiempo (Barlow. 1981).

El VPH tiene más de 80 diferentes subtipos vírales, de los cuales más de 35 infectan la zona genital y de estos aproximadamente 20 tienen la potencialidad maligna necesaria para transformarse primero en displasia (lesión premaligna) y en cáncer después (Sucar, 2000). Se ha encontrado que el VPH tiene una relación muy estrecha con el Cáncer de Pene y con el Cáncer Cérvico Uterino, siendo este último el tercer motivo de defunción por tumores malignos en la población en general y el primero en la población de sexo femenino, donde los grupos de edad más afectados son los de 45 a 64 años y los de 65 o más años (Instituto Nacional de Cancerología, 1999) es por ello que esta investigación se centra exclusivamente en las mujeres. Esta relación entre VPH-CACU, resulta alarmante ya que en los últimos años la infección por VPH se ha vuelto muy común y paradójicamente muy poco conocida entre la población en general.

El VPH en las mujeres regularmente es asintomático, por esta razón resulta primordial el énfasis en la realización de pruebas como el Papanicolaou de forma periódica para la detección oportuna tanto de VPH como del CACU. Desgraciadamente en México no se cuenta con una cultura de salud femenina, esto se refleja particularmente en las estadísticas de mujeres que acuden a practicarse la prueba.

Dado que tener una buena salud, depende muchas veces del comportamiento de las personas, se han puesto en práctica muchas investigaciones (Fishbein, 1980; Malddlestadt, 1990; Sheeran y Orbell, 1999; Nikos y Stuart, 1998) que tratan temas del área de la salud, a través de modelos teóricos que surgen de la psicología social, los cuales consideran el estudio de la conducta como una herramienta clave para su prevención.

Esta investigación pretende tratar el tema de la detección oportuna del VPH Y CACU a través de la práctica del Papanicolaou, desde un punto de vista psicosocial utilizando la Teoría de la Conducta Planeada propuesta por Ajzen (1985), la cual toma ciertos componentes (actitud, creencias actitudinales, norma subjetiva, creencias normativas, percepción de control, creencias de control e intención) como determinantes para que se realice o no una conducta, la conducta que nos interesa en este caso es la de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

De acuerdo con Ajzen (2001) la conducta humana está guiada por tres tipos de consideraciones : Creencias Actitudinales (CA); que se refieren a creencias acerca de los resultados probables de la conducta y la evaluación de estos resultados, Creencias Normativas (CN); las cuales son creencias a

cerca de las expectativas normativas, de los otros importantes para la persona y la motivación para cumplir con estas expectativas y finalmente, las Creencias de Control (CC); que son las creencias acerca de la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta y el poder percibido de estos factores. En sus respectivas implicaciones, las CA producen una favorable o desfavorable Actitud (A) hacia la Conducta; las CN resultan de la percepción de la presión social o Norma Subjetiva (NS) y las CC dan lugar a la Percepción de Control (PC). En combinación, las actitudes hacia la conducta, la norma subjetiva y la percepción de control llevan a la formación de una Intención conductual (I).

Dentro de la teoría se maneja como regla general, que si la actitud y la norma subjetiva son favorables o desfavorables y si se tiene una mayor o menor percepción de control, el componente mayor que tiene la persona para realizar o no una conducta debe de ser la intención. Sin embargo, menciona que, dado que muchas conductas tienen ciertas dificultades para su ejecución, estas pueden limitar el control voluntario de la persona, entonces, resulta útil considerar al control percibido como un complemento de la intención.

A través de la utilización de este modelo Teórico se pretende conocer cuales de estos factores determinan que las mujeres acudan o no a practicarse el Papanicolaou para la detección oportuna del VPH y del CACU.

Esta investigación se desarrolla en tres capítulos. En resumen, el primer capítulo aborda el tema de las Infecciones de Transmisión Sexual en general, centrandose en el Virus de Papiloma Humano y su relación con el Cáncer Cérvico Uterino. En este capítulo también se muestra la estructura teórica de la investigación, desarrollando los principales preceptos de la teoría de la conducta planeada y la explicación de su Modelo, además contiene la explicación de una variable incorporada (individualismo- colectivismo) al Modelo, propuesta por esta investigación con el fin de dar una explicación más amplia.

El segundo capítulo contiene la parte metodológica, en el cual se establece la muestra con la que se trabajó, el instrumento que se utilizó para tratar de medir las variables que propone el modelo y el instrumento utilizado para observar la orientación social (colectivismo- Individualismo) de las participantes. Presenta también la descripción de los análisis estadísticos que se llevaron a cabo.

En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos por los diferentes análisis estadísticos realizados. Este capítulo está dividido en cinco secciones, la primera aborda las características de la muestra, la segunda muestra los resultados de las variables del Modelo Teórico, la tercer sección contiene los resultados de la variable propuesta (colectivismo –individualismo), la cuarta presenta los resultados de las correlaciones de las variables del modelo y las variables propuestas y finalmente la quinta sección contiene el funcionamiento del Modelo Teórico en la muestra en general y en los grupos que permitió localizar la variable propuesta.

En la Discusión y Conclusiones se presentan los resultados obtenidos de la investigación y las principales conclusiones, así como algunas recomendaciones para investigaciones posteriores.

Al finalizar se encuentra un apartado que contiene un programa de intervención que surge a partir de los resultados obtenidos por esta investigación, donde se explica el diseño y los efectos derivados de su aplicación.

1. INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ITS)

Las infecciones transmitidas sexualmente (ITS), antes conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS) y algunos años más atrás como enfermedades venéreas, son patologías¹ que tienen que ver con el comportamiento humano y tienen la influencia importante de factores socioeconómicos, psicológicos y culturales. Algunas infecciones son más importantes que otras en razón de sus consecuencias, pero todas constituyen un gran problema de salud pública que es necesario atender.

En la antigüedad, las infecciones transmitidas sexualmente fueron también un problema de salud pública, por su mortalidad y las graves complicaciones que afectaron, no sólo al individuo y a su familia sino a poblaciones enteras.

Una de las primeras infecciones que hizo su aparición como una gran epidemia en toda Europa, es la ahora conocida como sífilis. Antes de que se descubriera que esta infección estaba relacionada con el comportamiento sexual de hombres y mujeres, era considerada (aun por los médicos) como un castigo divino. En 1955, Jean Farenel, de Amines, le da el nombre de mal venéreo, catalogada como el precio del placer del amor. Sin embargo, no fue sino hasta el siglo XIX cuando se inicia el estudio científico de las, conocidas en ese tiempo, como enfermedades venéreas (Winaver,1974).

En los últimos años México, como el resto del mundo, ha invertido en el pago de grandes campañas y programas de prevención para evitar que aumente el número de personas infectadas por patógenos² relacionados con infecciones de transmisión sexual (ITS), pero a pesar de estas medidas el número de casos sigue siendo elevado (Arredondo, Casanova y Ortíz. 1993).

Las ITS, son una de las diez primeras causas de morbilidad³ en la escala nacional, con un promedio de 220,000 casos anuales (CONASIDA,1997). La tendencia de las ITS clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma venéreo) es descendente, a diferencia de las llamadas de nueva

¹ Patología: estado producido por una enfermedad. Tolbert's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997, Ed. El manual moderno S.A de C.V. .

² Patógeno: microorganismo o substancia capaz de producir una enfermedad. Tolbert's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997, Ed. El manual moderno S.A de C.V.

³ Morbilidad: es el estado de estar enfermo. . Tolbert's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997, Ed. El manual moderno S.A de C.V.

generación (VIH/ SIDA, hepatitis B, herpes genital, infecciones por el virus del papiloma e infecciones por Chlamydia trachomatis). Estas tienen una característica en común, y es que no son curables, pero sí se pueden prevenir. En este grupo llamado de nueva generación, por su comportamiento ascendente, se han incorporado otros padecimientos como son la tricomoniasis y candidiasis urogenital (Bernal y Hernández, 1997).

Existen ITS que son curables, ya que los agentes que las causan son hongos o bacterias y los avances médicos han permitido que se puedan curar cuando se detectan. Sin embargo las ITS causadas por virus son incurables, aquí la medicina no ha podido encontrar la forma de erradicar este tipo de infecciones. No obstante existen tratamientos que aminoran los síntomas y reducen la gravedad de algunas consecuencias (Véase, tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de las ITS

CURABLES	INCURABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis • Chancroide • Candidiasis • Tricomoniasis • Gonorrea 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por Virus del Papiloma Humano • VIH/SIDA • Herpes Genital • Hepatitis B

Fuente: Instituto Nacional de Perinatología, 1997

1.1 FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER ITS

El principal factor de riesgo para contraer una infección transmitida sexualmente es el comportamiento sexual, sin embargo algunos de los principales componentes de este comportamiento que influyen en la transmisión son:

*La edad de inicio de la vida sexual, ya que a menor edad, más posibilidades de tener un mayor número de compañer@s sexuales a lo largo de la vida. (Sucar, 2000).

*Cambios frecuentes de compañer@s sexuales, así como algunas practicas sexuales que favorecen el intercambio de gérmenes, como lo puede ser el sexo oral, anal y vaginal sin la utilización de condón (Instituto Nacional de Perinatología, s/f).

*Edad temprana y multiparidad frecuente asociados a una mayor susceptibilidad a las infecciones (Pérez y Ruiz, 1990).

*La falta de circuncisión en los varones, ha sido asociada a una mayor frecuencia de ciertas ITS: VIH, chancro blando, sífilis, herpes genital y virus de papiloma humano (Di Castro, 1998)

*La falta de medidas preventivas, principalmente el uso del condón, no asistir a consulta temprana para diagnóstico y tratamiento y la falta de adherencia y seguimiento al tratamiento, los cuales constituyen factores determinantes en la limitación de la transmisión. (Instituto Nacional de Perinatología, s/f).

*La existencia de algunas ITS que actúan como factores de riesgo para la aparición de otras. Por ejemplo: la gonorrea puede reactivar las infecciones latentes por *Chlamydia trachomatis*; esta última a su vez favorece la infección del virus de papiloma humano e incrementa la susceptibilidad a infecciones bacterianas (Sucar, 2000).

*La automedicación y la plena confianza en la penicilina como remedio para todo mal (Bernal y Hernández, 1997).

*La vulnerabilidad biológica individual a las infecciones y a las propiedades cambiantes de algunos patógenos (Instituto Nacional de Perinatología, s/f).

*Falta de educación sexual y de una cultura de prevención (Bernal y Hernández, 1997).

*Ignorancia de los problemas que originan las ITS (falta de información) (Bernal y Hernández, 1997).

*Imposibilidad de gozar una sexualidad desgenitalizada, creativa, amorosa y responsable por la privación de la educación sexual integral (Langer, Tolbert y Romero, 1996).

*Desigualdad en las relaciones de poder entre los géneros masculino y femenino que casi siempre originan la subordinación de las mujeres (ya que regularmente no existen negociaciones para el uso de preservativos y esto es aún menos frecuente cuando se trata de parejas “estables”) (Langer, Tolbert y Romero, 1996).

Si bien el principal factor de riesgo es el comportamiento sexual, se han localizado otros factores que podrían determinar la prevalencia de las ITS en México como son: la concentración urbana, la desintegración familiar, la industrialización, un número creciente de caminos y carreteras que interconectan al país, migración interna, turismo y negocios (Martínez, 1997).

Por lo tanto es necesario hacer más estudios sobre sexualidad, SIDA e infecciones de transmisión sexual con énfasis en la prevención y sobre todo estudios de comportamiento humano, que auxilien en el diseño de grupos de estudio, estrategias y contenidos más eficaces para la prevención y el manejo de las ITS.

1.2 MUJER E INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ITS)

En los últimos años las ITS están dejando de ser un problema para poblaciones con prácticas de riesgo más altas (homosexuales, [drogadic@s](#), [prostitut@s](#), bisexuales) para afectar a la población heterosexual y de manera crítica a las mujeres. Ya que en la practica institucional y privada las infecciones que ocurren en el tracto genital de las mujeres representan la patología más frecuente, mostrando que las mujeres están más expuestas a las ITS (Pérez y Ruiz, 1990).

La histología¹ y la fisiología vaginal varían de acuerdo a la etapa de la vida de la mujer, por lo que las niñas estarán más expuestas a las infecciones, no necesariamente de transmisión por relaciones sexuales (aunque no se descarta, ya que pueden sufrir abuso sexual), pero sí por contacto sexual, y pueden contraer alguna infección, como puede ser el virus de papiloma humano, la chlamydia trachomatis y candida albicans, entre otras, ya que a esa edad no cuentan con los labios mayores y menores como las mujeres adultas, lo cual permite que si están expuestas a cualquier tipo de infección, la contraigan más fácilmente. Durante la etapa reproductiva, la mayoría de las infecciones se deben a la transmisión por relaciones sexuales (Pérez y Ruiz, 1990).

En las mujeres las ITS tienen serias consecuencias, que las llevan a experimentar: malestar crónico, embarazo ectópico², infertilidad, cáncer cervical y resultados adversos al embarazo y a través de la transmisión perinatal el contagio al recién nacido (Martinez,1997).

Es por eso que las campañas de prevención deben abarcar a todas las ITS, pero muy en especial a las que tienen consecuencias mortales si no se les atiende oportunamente (como es el caso del el Virus de Papiloma Humano), dirigiéndose a todos los tipos de poblaciones, pero con mayor énfasis a las mujeres.

¹ Histología: es el estudio de la estructura microscópica de los tejidos sanos y los tejidos enfermos. Tolbert´s Diccionario Médico Enciclopédico, 1997, Ed. El manual moderno S.A de C.V.

² Ectópico: se refiere a la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina. Tolbert´s Diccionario Médico Enciclopédico, 1997, Ed. El manual moderno S.A de C.V.

Esta investigación se centrará en la infección por virus de papiloma humano en las mujeres ya que se ha encontrado que está asociado, en un porcentaje considerable, con el cáncer cervicouterino, el cual es una de las principales causas de muerte en México en la población femenina. Este tema se abordará más adelante.

1.3 GÉNERO E INFECCIONES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

En las últimas décadas, a los malestares de salud de las mujeres (como pueden ser, los problemas que rodean el embarazo y el parto) se agrega el serio problema de las Infecciones Transmitidas Sexualmente (ITS).

Las ITS constituyen una muestra de las desigualdades de género que prevalecen en los países en desarrollo. Algunas de ellas son la capacidad limitada de las mujeres para controlar las condiciones que rodean el ejercicio de su sexualidad, la falta de servicios de salud a donde las mujeres puedan acudir en caso de una sintomatología relacionada con las ITS y el estigma social inherente a las enfermedades asociadas con las prácticas sexuales. Estos factores añaden un riesgo mayor a las condiciones biológicas¹ que, de por sí hacen a las mujeres más susceptibles de adquirir una infección y de desarrollar complicaciones secundarias. (Langer, Tolbert, 1996).

En nuestro país domina una cultura de género inequitativa, que se expresa en diversas formas de relaciones desbalanceadas y asimétricas, en el ejercicio de la sexualidad. Tales condiciones han situado a las mujeres en una posición muy vulnerable frente al contagio de las ITS, ya que muchas veces las mujeres no tienen el control para que su pareja utilice condón, en ocasiones, por miedo a ser dejadas o por que no saben que tienen derecho a exigirlo, entre otras muchas cuestiones. (Del Rio, García, Valdespino, Luguori y Sepúlveda, 1995).

Así los estereotipos sexistas² (las figuras de madre, esposa y ama de casa se asignan a las mujeres, es decir las mujeres pertenecen al ámbito privado y el sostén económico principal del hogar, padre y esposo se asignan a los hombres, lo cual se refiere al ámbito público), cumplen con la función social de legitimar y perpetuar la posición de desigualdad de las mujeres y como consecuencia el poco poder que detentan las mujeres en la sociedad. (Flax, 1990., Lamas, 1986).

¹ véase el apartado, Mujer e infecciones transmitidas sexualmente, de esta investigación.

² (las figuras de madre, esposa y ama de casa se asignan a las mujeres, es decir las mujeres pertenecen al ámbito privado y el sostén económico principal del hogar padre y esposo se asignan a los hombres, lo cual se refiere al ámbito público.

Sería equivocado restringir la aplicación del género a ámbitos de naturaleza íntima, pues las formas mediante las cuales opera el género abarcan amplios fenómenos sociales, como pueden ser: el aborto, agresión, embarazos no planeados, cáncer de mama, entre muchos otros.

Por eso el género será tomado en cuenta en esta investigación ya que atañe directamente a las mujeres, las cuales son la población con la que se trabajará. La forma de introducir esta perspectiva será a través del instrumento creado a partir de la Teoría de la Conducta Planeada. Es decir, se pretende hacer una lectura desde la perspectiva de género, de las creencias que poseen las mujeres respecto de realizarse el Papanicolaou, pero sobre todo centrándose en las creencias normativas, las cuales reflejan la percepción de las mujeres de la influencia social. Este tipo de creencias hacen referencia a los factores externos que de alguna manera afectan a la realización o no del Papanicolaou por parte de las mujeres.

Se pretende introducir la perspectiva de género ya que toma en cuenta ciertos aspectos que la teoría de la conducta planeada no contempla. Es importante añadir esta perspectiva al modelo, por que sí bien esta teoría toma en cuenta variables muy importantes que podrían predecir la conducta, no profundiza en otras cuestiones que son importantes y que también podrían influir en el comportamiento.

2. ¿QUÉ ES EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)?

El virus de papiloma humano (VPH) antes conocido como enfermedad de las verrugas genitales, es una enfermedad de transmisión sexual que en los últimos años se ha vuelto muy común y paradójicamente muy poco conocida entre la población en general. Esto no quiere decir que esta enfermedad es nueva o que surgió hace muy pocos años.

Las verrugas genitales han sido descritas desde la antigüedad, por ejemplo en Egipto hay pinturas que describen su tratamiento con el uso del cauterio⁴ y de la Grecia clásica viene el nombre de “Kondyloma”= verruga. En Roma ya sospechaban su posible transmisión sexual ya que regularmente se presentaba en el ano. En el medievo se creía que formaba parte de la sífilis. Fue en 1949 cuando Strauss revela su carácter viral (Instituto Nacional de Perinatología, s/f).

El VPH se descubre al microscopio electrónico de transición en 1969, pero a pesar de que en 1930 ya se tenía conocimiento sobre esta enfermedad, no fue sino hasta 1980 cuando los investigadores pusieron mayor atención al virus, motivados por descubrir la asociación del VPH con el cáncer cérvico uterino. Así se desencadena una gran producción de publicaciones relacionadas con este tema (Instituto Nacional de Perinatología, 1997).

Como ya se ha mencionado la incidencia global anual de VPH en México es mayor a 25 casos por cada 100,00 mujeres incrementándose en el periodo de edad entre los 20 y 39 años a más de 1 caso por cada 1000 mujeres. Sin embargo no existen estadísticas confiables ya que son pocas las instituciones que llevan un control serio (IMPER,S/F).

⁴ Cauterío: objeto o medio para destruir tejidos, por electricidad, congelación, calor o sustancias químicas corrosivas.

2.1 DEFINICIÓN DE VPH

Sucar, (2000) define al VPH como una enfermedad de transmisión sexual que tiene más de 70 subtipos vírales divididos en dos grandes grupos de acuerdo a su afinidad epitelial⁵, en aquellos que infectan la piel seca y los que infectan las áreas mucosas del cuerpo. Por otra parte existen más de 35 diferentes subtipos vírales que infectan el tracto genital, de los cuales aproximadamente veinte se asocian con el cáncer cervical. Estos subtipos genitales se han dividido en tres grupos de acuerdo a su asociación con tumores malignos⁶ y por tanto a su potencialidad oncogénica⁷. El grupo de bajo riesgo, en el cual se incluyen los subtipos 6, 11, 42 y 44 los cuales se encuentran comúnmente en lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado. El grupo de riesgo intermedio, que comprende los subtipos 31, 32, 33, 51 y 52. Por último, el grupo de alto riesgo el cual incluye los subtipos 16, 18, 45 y 56 que se encuentran fuertemente asociados a carcinomas⁸ y presentan un comportamiento variable en cuanto a su relación a lesiones intraepiteliales de alto grado.

La infección por VPH se adquiere por contacto sexual, como ya se mencionó y una de las manifestaciones de la enfermedad es la presencia de verrugas en genitales.

Las verrugas genitales, también conocidas como condilomas acuminados, son como las verrugas comunes, ocasionadas por un virus. Se transmiten casi exclusivamente por contacto sexual y muy rara vez se localizan en sitios distintos a los de la región ano-genital. Las verrugas no desencadenan muchos síntomas pero en ocasiones hay escozor. En los hombres lo que influye para que busquen

⁵ Epitelial; se refiere a las células que forman la superficie externa del cuerpo y recubren las cavidades corporales y los principales conductos y pasos que llevan al exterior. Están dispuestas en una o varias capas y no contienen vasos sanguíneos. Tolber's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997. Ed. El manual moderno

⁶ Los tumores malignos son cáncer. Las células de estos tumores son anormales. Estas células se dividen sin control y sin orden y no mueren, pueden invadir y dañar los tejidos y órganos cercanos. (Información del instituto Nacional del Cáncer, 2000)

⁴ Oncogénico: es lo que da lugar a tumores malignos. Tolber's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997. Ed. El manual moderno

⁵ Carcinoma: es el crecimiento del tumor maligno en el tejido Epitelial, puede afectar cualquier órgano o parte del cuerpo. Es un sinónimo de cáncer. Tolber's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997. Ed. El manual moderno

tratamiento rápido es la observación de estos brotes que crecen en el pene. Sin embargo en las mujeres las verrugas pasan inadvertidas, salvo si son muy grandes. Se localizan en cualquier parte de los genitales externos, en las paredes vaginales y en la cerviz y son más floridas si hay más humedad. Por razones aún no explicadas las verrugas genitales proliferan abundantemente durante el embarazo y pueden asumir proporciones gigantescas si no se tratan a tiempo(Barlow, 1981), como puede observarse en la Fotografía.



Fotografía (1)
Mujer de 22 años en la última semana de embarazo,
infectada con virus de papiloma humano.
(fotografía proporcionada por el Instituto Nacional
de Perinatología)
Fuente: IMPER, 1997

El período de incubación del VPH puede variar de seis a ocho semanas durante las cuales grandes zonas del epitelio ano-genital son colonizadas por una infección latente “estable”. La latencia puede permanecer hasta por períodos prolongados que varían entre los 20 y 25 años.(INPER, 1997).

El VPH no es una infección clasificada como curable, a pesar de que esté bajo tratamiento, por ello la revisión y eliminación clínica cutánea de las lesiones por VPH será indispensable para un mejor control de la enfermedad (INPER, s/f).

Las mujeres son la población en la que se centrará esta investigación, por lo cual resulta primordial que las mujeres acudan al médico a practicarse periódicamente pruebas, que permitan conocer si se tiene el VPH, para tratar de controlarlo (en caso de que si se posea) e impedir que se desarrolle el Cáncer Cérvico Uterino. La detección por parte de la propia mujer es muy difícil y aveces casi imposible. Es por ello que la Colposcopia y el Papanicolaou son los dos métodos que se utilizan en México y que permiten un diagnóstico adecuado para su pronta atención.

Por lo tanto es necesario que se conozca las consecuencias de la infección por virus de papiloma humano y saber que se puede prevenir, que su detección y tratamiento a tiempo pueden ser muy sencillos. Pero sobre todo las mujeres deben saber que tienen derecho a gozar de una buena salud.

2.2 FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

Los factores de riesgo para contraer el VPH son los mismos que para contraer cualquier Infección Transmitida Sexualmente. Sin embargo, se han localizado ciertos agentes que están más relacionados con una mayor predisposición para contraerla.

DiCastro, (1998), plantea que las situaciones que tienen que ver directamente son, los hábitos sexuales, y el factor más importante es el número de parejas sexuales tenidas a lo largo del tiempo, ya que cada pareja multiplica las posibilidades de contraer la infección por VPH. No obstante estos no son los únicos factores de riesgo, pues existen otros relacionados con cuestiones propias de las mujeres y de los hombres.

Arredondo, Casanova y Ortiz (1993) han calificado estos factores de riesgo en el caso de las mujeres y en el caso de los hombres.

LOS FACTORES DE RIESGO EN EL CASO DE LAS MUJERES SON:

- *Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 17 años)
- *Embarazo en la adolescencia
- *Parto antes de los 19 años
- *Multiparidad (muchos embarazos)
- *Promiscuidad (dos o más compañer@s sexuales)
- *Infecciones genitales frecuentes
- *Compañero sexual no circuncidado
- *Compañero sexual con virus de papiloma humano o cáncer de pene
- *Tabaquismo
- *Compañero sexual con factores de riesgo

LOS FACTORES DE RIESGO EN EL CASO DE LOS HOMBRES SON:

- *Promiscuidad (dos o más compañer@s sexuales)
- *No tener circuncisión
- *Antecedentes de la pareja de haber contraído el virus de papiloma humano o haber desarrollado cáncer cérvico uterino.
- *Condiloma genital
- *Tabaquismo

En estudios epidemiológicos realizados en el Instituto Nacional de Perinatología (S/f), se han logrado identificar a grupos de poblaciones que son los más afectados por la infección del virus de papiloma humano. El grupo (hombres y mujeres) que se considera de alto riesgo tiene las siguientes características:

- *Inicio de las relaciones sexuales a temprana edad
- *Malos hábitos higiénicos
- *Múltiples parejas sexuales
- *Multiparidad
- *Uso de anticonceptivos orales
- *Traumatismos o lesiones locales
- *Disminución de la inmunidad celular de variadas etiologías¹ (estrés, SIDA, pacientes transplantados y enfermedades crónicas).
- *Tabaquismo
- *Abuso sexual

Como podemos observar son muchos los factores de riesgo para contraer el VPH por lo que cualquier mujer podría estar expuesta. Pero lo que permite que esta infección se desarrolle silenciosamente, es el no asistir a consultas médicas periódicas y especialmente en el caso de las mujeres la falta de realización de pruebas como el Papanicolaou y la Colposcopia.

¹ Etiología: causa de una enfermedad. Tolbert's Diccionario Medico Enciclopédico, 1997, Ed. El manual moderno S.A de C.V.

2.3 DETECCIÓN DEL VPH

Las verrugas o condilomas causados por el VPH, en el caso de los hombres, se pueden encontrar en el cuerpo del pene y sobre el glande, pero como el virus tiene la predilección por un ambiente húmedo y tibio hace que se desarrolle con más frecuencia abajo del prepucio. En las mujeres el virus puede presentarse en cualquier parte de los genitales externos, en las paredes vaginales y en la cerviz. Son más floridas si hay más humedad y es muy común la coincidencia de un flujo vaginal abundante (Barlow, 1981).

Como ya se mencionó en el apartado anterior el VPH puede permanecer latente hasta 25 años, por eso la consulta médica periódica es primordial para que su detección sea oportuna. El diagnóstico de VPH por parte del médico en las mujeres, debe llevar el siguiente orden: a) Observación clínica, b) prueba de ácido acético, c) citología exfoliativa cérvico vaginal (Papanicolaou) y d) Colposcopia y biopsia dirigida (Instituto Nacional de Perinatología (INPER), 1997).

a) La observación clínica consiste en localizar lesiones en las paredes vaginales o en la cerviz. La exploración se hace con un espéculo, el cual es un instrumento que dilata la entrada de la cavidad vaginal para examinar por medio de reflexión luminosa, el interior de la vagina. La exploración puede ser también por medio de un colposcopio que es como un microscopio el cual permite ver magnificado el cuello de la matriz (Medina, 1999).

b) La prueba de ácido acético, consiste en colocar el ácido en la mucosa de la cerviz, para descubrir si existe alguna zona que capte esta sustancia (mancha acetoblanca) lo cual es sugestivo para que esa área se considere infectada por el VPH (INPER,1997).

c) La citología exfoliativa cervicovaginal (Papanicolaou) sigue siendo uno de los métodos de escrutinio, para el diagnóstico oportuno de cáncer y detección de infección por VPH (INPER,1997).

d) La Colposcopia y la biopsia dirigida, tiene como objetivo examinar el cuello de la matriz y tomar un trozo de tejido para después ser examinado al microscopio (Medina, 1999).

Resulta importante que las mujeres acudan al médico de manera periódica, para detectar y controlar a tiempo, ya sea el VPH o cualquier otro tipo de padecimiento que ponga en riesgo sus vidas para tratar de conservar una buena salud.

2.3.1 EL PAPANICOLAOU Y LA COLPOSCOPIA

Como ya se ha mencionado el Papanicolaou y la Colposcopia son pruebas utilizadas para la detección del virus de papiloma humano y del cáncer cérvico uterino, entre otros tumores malignos. Sin embargo en México, no existen campañas permanentes en todos los medios de comunicación que promuevan su práctica. Esto no debería de ser, ya que no existe algún medicamento que se pueda utilizar para que estos padecimientos no se presenten.

EL Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou es una prueba sencilla, sin dolor, para detectar células anormales en el cuello uterino o en su alrededor. Para su realización las mujeres deben acudir a cualquier centro de salud cuando no esté menstruando; el mejor tiempo es entre 10 y 20 días después del primer día de su período menstrual. Dos días antes de la prueba de Papanicolaou deben evitarse los lavados vaginales o usar espumas, cremas o lubricantes espermicidas, ya que eso puede ocultar cualquier célula anormal. La prueba del Papanicolaou se puede hacer en un consultorio médico particular o en una clínica de salud pública. Se usa un raspador de madera (espátula) y un cepillo pequeño para recoger una muestra de células del cuello del útero y de la parte superior de la vagina. Las células se colocan en un porta objetos el cual se envía al laboratorio para que se examine si existe alguna anomalía. Si la prueba de Papanicolaou muestra que hay presente una infección, el médico la trata y después de un tiempo repite la prueba. Si el examen o la prueba de Papanicolaou sugieren algo más que una infección, el médico puede repetirla y hacer otras pruebas diferentes para encontrar el problema (Instituto Nacional del Cáncer, 2000).

La Colposcopía

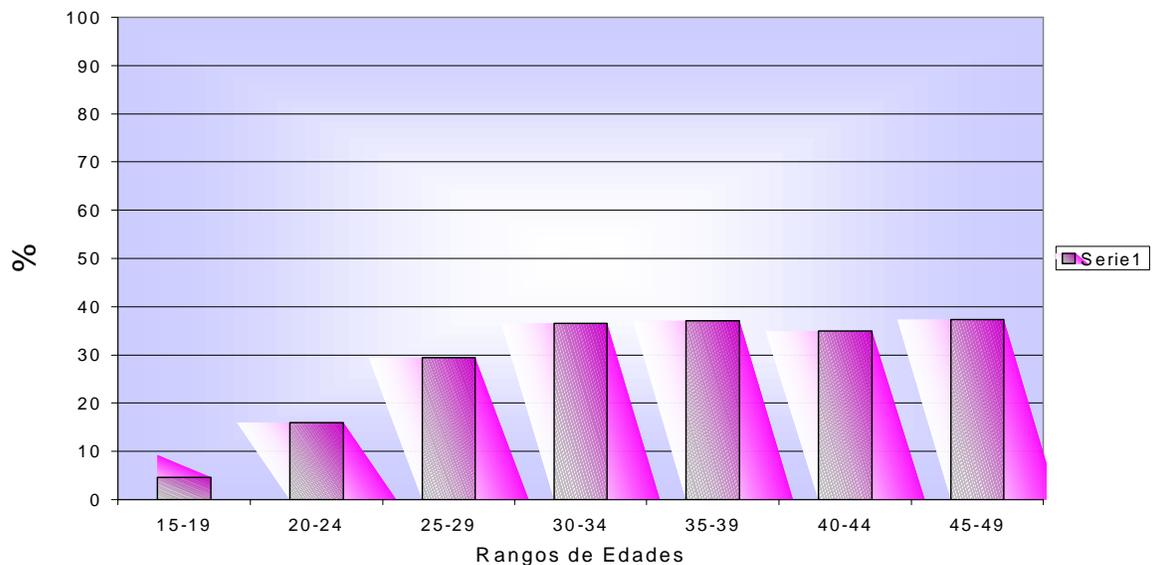
Es un método usado para examinar el cuello del útero, el cual se aplica una solución como de vinagre al cerviz y después se usa el colposcopio, para mirar de cerca el cerviz. Se cubre el cuello uterino con una capa de solución de yodo (a este procedimiento se le llama prueba de Schiller). Las

células sanas adquieren un color café; las células anormales adquieren un color blanco o amarillo. Esta prueba también puede hacerse en el consultorio de un médico especialista. Es posible que se quite una pequeña cantidad de tejido cervical para que sea examinado. Este procedimiento se llama biopsia. En la biopsia se remueven pedazos pequeños de tejido cervical. Esta prueba es un poco molesta, ya que si se practica la biopsia, en ocasiones existe sangrado (que regularmente desaparece pronto) o dolor abdominal, pero se alivia con medicamento (Medina, 1999).

Estos dos exámenes son los que regularmente se llevan a cabo en las clínicas de salud pública en México (IMSS, ISSSTE etc.). Sin embargo, el Papanicolaou, es más utilizado en las pocas campañas que han existido, para que las mujeres acudan a practicárselo. Cualquiera persona se los puede realizar de forma gratuita en las clínicas de salud públicas y casi siempre es muy rápido. A pesar de ello son muy pocas las mujeres que se practican los exámenes.

En 1994 la Secretaría de Salud presentó los porcentajes a escala nacional de mujeres por edades, que se realizaron la prueba del Papanicolaou (Véase siguiente gráfica) Los porcentajes en todos los rangos de edad son muy bajos, sin embargo aumentan conforme avanza la edad, esto no tendría por que ser así ya que cualquier mujer en edad reproductiva está expuesta al virus de papiloma humano y con ello al cáncer cérvico uterino.

Mujeres que en 1994 se realizaron la prueba del Papanicolaou por edad, en México.



La responsabilidad de que no existan estadísticas más alentadoras de mujeres que se realizan el Papanicolaou, no caen directamente sobre las instituciones de salud pública ya que el servicio se ofrece a todas las mujeres derechohabientes o no y tienen el derecho a practicárselo de forma gratuita.

Es triste que no exista una cultura de salud femenina, ya que las mujeres no acuden al médico muchas veces por falta de información, ya sea porque desconocen en qué consisten las pruebas y para qué sirvan ó que el servicio es gratuito, también influyen ciertas creencias en torno a la realización de las pruebas como pueden ser; “el Papanicolaou solo se debe practicar cuando ya se tienen relaciones sexuales”, “la practica de esas pruebas son muy dolorosas”, “nadie debe ver mis genitales, solamente mi pareja”, “se pierde la “virginidad” cuando te las practican”, “si algo me va a pasar así va a ser por que Dios así lo dispuso y si me practico la prueba es como ir en contra de él”, “te puedes contagiar de cualquier enfermedad ya que los instrumentos que se utilizan son para todas y no los desinfectan”, etc. Pero si todas las mujeres en edad reproductiva se realizaran el Papanicolaou con regularidad, se detectarían la mayoría de las condiciones precancerosas y se tratarían antes de que se desarrollara el cáncer. De esa forma, se podrían prevenir el virus de papiloma humano y la mayoría de los cánceres.

Actualmente la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) lleva a cabo la búsqueda de una vacuna contra el Cáncer Cérvico Uterino, pero en tanto esto no ocurra, se debe hacer énfasis en la detección oportuna tanto del VPH como del Cáncer Cérvico Uterino.

2.4 TRATAMIENTO DEL VPH

El médico elige el tratamiento tomando en cuenta el cuadro clínico de la paciente, la facilidad de la aplicación, la disponibilidad de las sustancias o métodos, la eficacia, los riesgos y los costos de las mismas.

Algunos de los métodos que se pueden utilizar son los siguientes: cuando las lesiones se encuentran en la piel, se utiliza un agente químico destructivo, como puede ser el ácido tricloroacético, la podofilina y el láser. Cuando las lesiones se encuentran en la mucosa vaginal y cerviz, se puede utilizar la crioterapia, laserterapia, cirugía, entre otros. El método empleado se selecciona según el grado de la lesión (INPER, 1997).

Lo que resulta importante para un mejor control de la infección, es que si se está tratando a una persona, es necesario que su compañero sexual sea explorado y tratado también ya que si esto no sucede, puede que la infección provocada por el VPH se controle solo por algún un tiempo, pero no tardará en reaparecer dado que el tratamiento debe ser recibido por la pareja para que su control sea más eficaz.

2.5 VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH) Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER CÉRVICO UTERINO (CACU)

Como ya se ha mencionado el VPH es una infección que se transmite principalmente por contacto sexual, y existen más de 80 subtipos diferentes de VPH. Aquellos que producen las verrugas no necesariamente son los de más alto riesgo para contraer cáncer. Sin embargo la mayoría de los virus diagnosticados directamente en el cuello de la matriz, si tienen la potencialidad maligna necesaria para la transformación de este, en displasia primero y en cáncer después (Medina, 1999).

La displasia cervical es una lesión premaligna o precancerosa de las células del cuello uterino. Se pueden distinguir 3 formas de displasias: la leve, la moderada y la severa. La displasia leve se puede considerar una respuesta a la agresión del VPH y en el 70% de los casos esta displasia se cura sin ningún tratamiento. Sin embargo la displasia leve puede transformarse en una lesión mas grave, si no es atendida. Las displasias moderada y severa son formas más graves, que se deben tratar a tiempo ya que tienen más riesgo de transformarse en lesiones cancerosas (s/a, 1997) .

Los subtipos de VPH frecuentemente más involucrados con las displasias que progresan a cáncer (alto riesgo) son el 16 y 18. (INPER,s/f). Sin embargo Conde y cols. (2001) reconocen más de 20 subtipos de VPH asociados con el CACU.

Algunos de los subtipos de VPH se pueden clasificar como lo muestra el siguiente cuadro:

<p>*Verrugas Plantares: VPH subtipos 1,2,4,63</p> <p>*Verrugas Comunes: VPH subtipos 1,2,4,26,29,41,57,68,77</p> <p>*Verrugas Planas VPH subtipos 3,10,27,38,41,49,75,76</p> <p>*Verrugas tipo condilomas acuminados (crestas) VPH subtipos 6,11,30,42,43,44,45,51,54,55,70</p> <p>*VPH observado en el cuello uterino subtipos 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,66</p> <p>*Papilomas laringeos VPH tipos 6,11 (no malignos)</p> <p>*VPH de alto riesgo pene-ano subtipos 16,18 (asociado al cáncer de pene).</p> <p>*VPH de bajo riesgo 6,11</p> <p>*VPH de alto riesgo 16,18,31,35</p>

Los factores de riesgo más comunes para padecer CACU son: consumo de tabaco, más de una pareja sexual, inicio temprano de la vida sexual, multiparidad, compañer@ con infección por VPH ó con cáncer de pene, entre otros.

Estos factores de riesgo, son los mismos que para contraer VPH, por que se ha encontrado que en el 98% de los casos de CACU se tiene como antecedente el VPH, por lo tanto el CACU es una de las consecuencias de la infección por VPH (Zeichner,1999).

Los cambios precancerosos del cuello del útero o cerviz generalmente no causan dolor. De hecho, generalmente no causan síntoma alguno y no se detectan al menos que la mujer se realice la prueba del Papanicolaou o la colposcopia. Los síntomas generalmente no aparecen hasta que las células cervicales anormales se hacen cancerosas e invaden el tejido cercano. Cuando esto sucede, el síntoma más común es un sangrado anormal. El sangrado puede comenzar y detenerse entre períodos menstruales regulares o puede ocurrir después de las relaciones sexuales o de un lavado vaginal. Además el sangrado menstrual puede durar más tiempo y ser más abundante que de costumbre. El

sangrado después de la menopausia también puede ser un síntoma de cáncer cervical. Una mayor secreción vaginal puede ser otro síntoma de cáncer cervical. Estos síntomas pueden ser causados por cáncer o por otros problemas de salud. Sólo un médico puede determinarlo con seguridad (Instituto Nacional del Cáncer, 2000).

Cada año en todo el mundo se presentan más de seis millones de muertes por algún tipo de tumor maligno, de las cuales 235,000 corresponden al CACU. Los países desarrollados presentan tasas de mortalidad por esta causa, más bajas que las que presentan los países en desarrollo. (Aguilar, Hernández, Lascano y Ruiz S/F).

En México las cifras son alarmantes: en 1999 el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), reportó al cáncer cérvico uterino como el tercer motivo de defunción por tumores malignos en la población en general y el primero en la población de sexo femenino. En ese mismo año este Instituto registra 4,590 defunciones por CACU, que significan el 8.6% de todas las muertes por tumores malignos y la tasa por 100,000 mujeres fue de 13.9. Los grupos más afectados son los de 45 a 64 años y 65 ó más años, con tasas de 31.9 y 65.5 por 100,000 mujeres de sus respectivos grupos de edad.

Por lo tanto es necesario que existan campañas permanentes para la detección oportuna del virus de papiloma humano y lógicamente del cáncer cérvico uterino. Para ello es importante realizar investigaciones que permitan conocer las variables que influyen con el hecho de que las mujeres no acudan al médico a practicarse las pruebas del Papanicolaou y la Colposcopia y a partir de conocer, por ejemplo; las creencias, normas, actitudes etc., que están involucradas, entonces crear campañas que tomen en cuenta estas variables, para que sean más efectivas.

3. APROXIMACIÓN TEÓRICA HACIA LAS CONDUCTAS PREVENTIVAS PSICOLOGÍA SOCIAL EN LA SALUD

Tener una buena salud recae muchas veces en el comportamiento de las personas, al ver que cada día son más las enfermedades que las afectan (infecciones transmitidas sexualmente, cáncer de pulmón, padecimientos relacionados con la adicción de drogas etc.), se han puesto en practica muchas investigaciones (Fishbein, 1980; Malddlestadt,1990; Sheeran y Orbell, 1999; Nikos y Stuart, 1998) que tratan temas del área de la salud, a través de modelos teóricos que surgen de la psicología social, que consideran el estudio de la conducta como una herramienta clave para su prevención.

Así en los últimos 25 años han aparecido numerosos modelos en el campo de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud, que intentan dar cuenta del comportamiento relacionado con la salud en el ser humano, pero estos modelos contienen variables similares en su interior (Rodríguez, 1995), aunque estos modelos teóricos difieren unos de otros, por ejemplo:

El Modelo de Creencias Sobre Salud, de Becker y Maiman, la teoría de Aprendizaje Social de Bandura o la teoría de Control Social de Hirschi, ponen el énfasis en las influencias de la sociedad en las conductas relacionadas con la salud y desde dónde pueden adquirirse éstas, como puede ser: la relación social con otros, la observación y la imitación y el mantenimiento de las mismas por el refuerzo social (Gueyta, 1998).

Por su parte Ajzen y Fishbein (1975) en su teoría de la Acción Razonada, argumentan la influencia de creencias y actitudes en la génesis de conductas relacionadas con la salud, en el sentido de que cualquier conducta relacionada con la salud está determinada por intenciones razonadas o decisiones de alcanzar una determinada conducta, y que dichas intenciones o decisiones están moldeadas a partir de sus actitudes hacia la conducta en cuestión, la percepción de la presión normativa hacia la práctica de esa conducta, o en el caso de la teoría de la Conducta Planeada, la percepción de control de la persona para lograrla, o finalmente de la creencia de su habilidad para lograr el éxito (Rodríguez, 1995).

De tal forma la psicología social ha contribuido en el área de la salud tratando de emplear modelos explicativos, revisando distintos aspectos y dando cuenta de ellos, dependiendo de la teoría empleada. Pero es importante observar que ha sido de gran ayuda, ya que se introducen modelos que

permiten reconocer partes específicas del comportamiento humano en cuestiones de salud. Por ello esta investigación retoma uno de estos modelos que tratan de predecir la conducta de los individuos, por medio de la exploración de creencias, actitudes, normas subjetivas y percepción de control, esta es la teoría de la conducta planeada propuesta por Ajzen en 1985, la cual se explicará mas adelante.

3.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Existen muchas investigaciones sobre el VPH, sin embargo la mayoría pertenecen al campo médico (véase por ejemplo Sucar, 2000; Conde, García, Hernández, Juárez, Uribe, Wheeler y Zamilpa, 2001). A pesar de que todas hacen énfasis en la prevención, dejan de lado muchos aspectos psicosociales involucrados. Pese a ello algunas de estas investigaciones mencionan factores sociales, culturales, económicos y al comportamiento sexual, como determinantes para la adquisición no solo de VPH sino de la mayoría de las infecciones transmitidas sexualmente. Sin embargo no profundizan en ellos debido a que la disciplina médica no se especializa en esos temas.

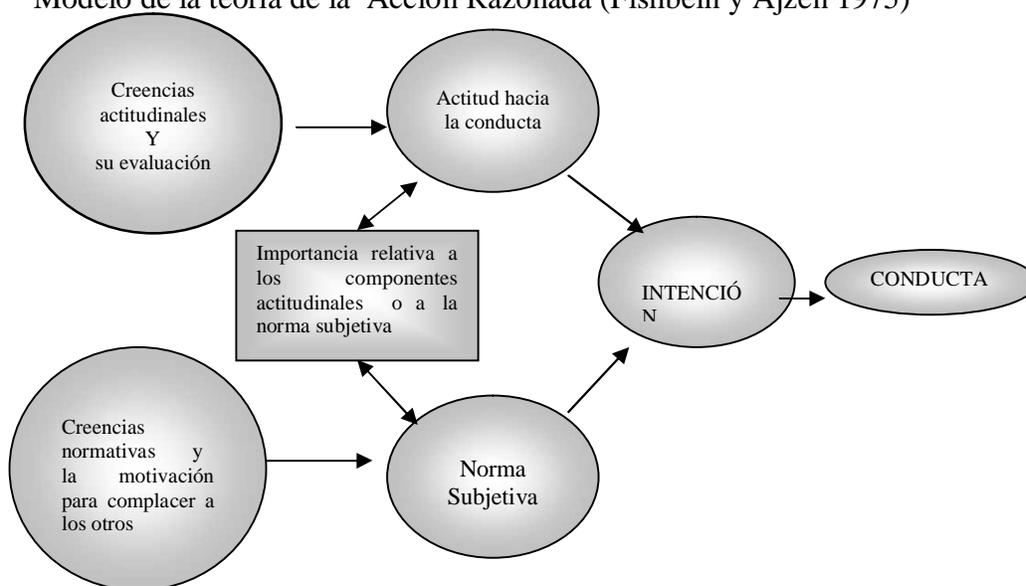
Existen pocos estudios sociales que traten al VPH como tema central y como un problema que merece atención. Por eso es necesario que las investigaciones sociales, se involucren con el tema, para que entre médicos y científicos sociales, puedan tratar a profundidad la mayoría de factores que influyen para la adquisición de la infección por VPH, ahondando en los que más les atañen, basados en las disciplinas en las cuales están especializados, para así de este modo atender este grave problema de salud pública de forma más eficaz.

Esta investigación pretende tratar el tema de la prevención de VPH desde un punto de vista psicosocial, enfocándose específicamente en actitudes, creencias y normas que influyen en las mujeres, para que acudan o no al médico a realizarse la prueba de Papanicolaou, como medida preventiva de la adquisición de la infección por VPH. Para estos fines se eligió a la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1985) la cual toma también otros componentes (intención y percepción de control) como determinantes para que se realice o no una conducta, en este caso acudir al médico a realizarse un Papanicolaou. A partir de la aplicación de esta teoría se pretende intervenir, una vez localizados los componentes y el grado en que cada uno influye, para que una mujer se realice o no el Papanicolaou.

3.2 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA (TAR)

Para la aplicación de esta teoría primero se deben identificar 4 elementos: acción, objeto, contexto y tiempo. Esto quiere decir, que toda acción o conducta ocurren respecto a algún objeto, en un contexto dado y en un tiempo determinado. Fishbein (1990) especifica mejor la utilización de los elementos con los siguientes ejemplos: usar un condón es una conducta diferente a comprar un condón (cambio de acción) comprar un condón es diferente que comprar un diafragma (cambio de objeto) usar un condón con la esposa es una conducta diferente a usar condón con una persona con la que se tienen relaciones sexuales esporádicamente o con una sexoservidora (un cambio de contexto). La teoría asume que una vez que la conducta ha sido identificada, el mejor predictor de esa conducta siempre es la intención de la persona para realizar o no la conducta en cuestión (Fishbein y Ajzen,1980) . La intención de la persona es es una función de dos determinantes básicos, uno personal (actitud hacia la conducta) y otro que refleja la influencia social (norma subjetiva), estos componentes a su vez están determinados por las creencias hacia la conducta y las creencias normativas (Véase diagrama 1). Sin embargo, cada uno de los factores (componente actitudinal y la norma subjetiva) tienen una importancia relativa que se debe determinar; esto depende de la intención que se estudie y de la persona en cuestión. La asignación de los dos pesos relativos a los dos determinantes de la intención incrementa el valor explicativo de la teoría (Rodríguez,1995).

Diagrama (1)
Modelo de la teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen 1975)



A continuación se explicará cada uno de los componentes que intervienen en la realización o no realización de una conducta, de acuerdo a la TAR.

ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

Este es el factor personal, que hace referencia a los sentimientos positivos y negativos, a los juicios de bueno o malo, a favor o en contra, que la persona considera, con respecto a la realización de la conducta en cuestión (Fishbein y Ajzen, 1980). Regularmente, entre más favorable sea la actitud de la persona hacia la conducta, será más fácil que pueda intentar realizar esa conducta, y por el contrario, si la actitud es más desfavorable es menos probable que intente realizar esa conducta (Rodríguez, 1995). Esto quiere decir que si una mujer tiene una actitud favorable hacia la realización del Papanicolaou será más fácil que ella intente acudir al médico a practicárselo.

CREENCIAS ACTITUDINALES

Las actitudes hacia un objeto están determinadas por las creencias que se tienen de ese objeto. Generalmente se dice que las creencias se forman, respecto de un objeto por su asociación con varias características, cualidades y atributos. Automáticamente y simultáneamente se adquiere una actitud hacia ese objeto. En el curso de la vida de una persona, sus experiencias le llevan a la formulación de muchas y diferentes creencias acerca de varios objetos, acciones y eventos. Estas creencias (que pueden no ser concientes) pueden resultar de la observación directa, puede que se adquieran indirectamente por la información aceptada de fuentes externas, o por ellos mismos a través de los procesos de inferencia (Fishbein y Ajzen, 1980). Así las creencias que pueda tener una mujer acerca de la realización del Papanicolaou las ha formado, por ejemplo, a través de que otras mujeres le hayan platicado la experiencia que tuvieron cuando se realizaron la prueba, o tal vez de su propia experiencia cuando ella se la practicó. .

Algunas creencias pueden permanecer todo el tiempo, otras pueden olvidarse y probablemente otras nuevas sean formadas (Fishbein y Ajzen, 1980) . En resumen la actitud de una persona para realizar una conducta esta dada en función de sus creencias más importantes (que predominan en su mente), que le indican que al realizar cierta conducta logrará ciertos resultados y procedera a hacer una evaluación personal de estos resultados. Por lo tanto entre más se crea que realizar una conducta especifica llevará a logros positivos, más favorable sera la actitud de la persona hacia dicha conducta. Contrariamente, entre más se crea que realizar la conducta llevará a consecuencias

negativas, más negativa será la actitud. Sin embargo es importante reconocer que las actitudes no están determinadas por una sola creencia. (Fishbein, 1990). Por ejemplo: si las mujeres creen que al realizarse la prueba del Papanicolaou ellas pueden ser contagiadas de cualquier infección de transmisión sexual y todas sus creencias perciben resultados negativos, ellas tendrán una actitud negativa hacia la realización del Papanicolaou.

NORMA SUBJETIVA

Esta se refiere a la percepción de una persona de que los otros importantes para ella, deseen la realización o no realización de una conducta en específico. Esta percepción puede o no puede reflejar que tan importantes son las otras personas para que realmente la persona piense, que debe hacerlo o no. (Fishbein y Ajzen, 1980). En otras palabras la norma subjetiva se refiere a la influencia que tiene las y los otros que se consideran importantes y que la persona percibe y que la llevan a que realice o no, cierta conducta. Si una mujer, por ejemplo, percibe que su pareja ve mal que ella se practique la prueba del Papanicolaou eso influirá para que ella decida no realizarla.

CREENCIAS NORMATIVAS Y LA MOTIVACIÓN PARA COMPLACER A LOS OTROS

La norma subjetiva está en función de las creencias normativas. Una persona toma en cuenta las expectativas normativas de otras personas que están en su ambiente, esto quiere decir que si ella considera que ciertos individuos y grupos específicos piensan que debe o no comprometerse con la conducta, usa esta información para llegar a la norma subjetiva. (Fishbein y Ajzen, 1980). Por ejemplo el que una mujer crea “mi marido piensa que no debería practicarme el Papanicolaou” es una creencia normativa; desde que se incluye la creencia de otro individuo específico y que involucra la conducta de la persona como una regla. Pero depende de la motivación de la persona para complacer en este caso a su esposo. En general la norma subjetiva de una persona con respecto a una conducta dada, está en función por un lado de las creencias normativas de la persona acerca de que grupos o individuos importantes piensen que la persona debería o no debería realizar la conducta y por otro lado de la motivación de la persona para estar de acuerdo con estos individuos o grupos, entonces si una persona está motivada para complacer la mayoría de los referentes específicos (individuos

importantes para ella), tendrá una norma subjetiva que la llevará a percibir la presión, la cual influirá para que se realice o no una conducta específica (Fishbein, 1990).

INTENCIÓN Y CONDUCTA

De acuerdo a la TAR, la mayoría de las conductas humanas socialmente relevantes, están bajo control voluntario⁹ y por lo tanto el mejor predictor inmediato de cualquier conducta es la intención que tienen una persona para realizar o no esa conducta. Esta teoría se preocupa principalmente por identificar los factores que apoyan la formación y el cambio de las intenciones. (actitud hacia la conducta y norma subjetiva). (Fishbein, 1990). Entonces si una mujer tiene creencias positivas hacia la realización del Papanicolaou y tiene una actitud positiva y los referentes importantes para ella, evalúan que está bien que realice el Papanicolaou y ella lo percibe, entonces tendrá probablemente la intención de acudir al médico para que le realicen la prueba.

Al igual que las conductas, las intenciones pueden ser vistas como una constante de acción, objeto, contexto y elementos de tiempo. Por ello la intención y la conducta tienen una magnitud de correspondencia ya que sus elementos son idénticos. (Fishbein y Ajzen, 1980). Sin embargo los autores reconocen que no siempre la intención es un predictor seguro de la conducta ya que existen factores, como el grado en que la medida de la intención corresponde con el criterio de medida de la conducta y el grado en que la intención permanece estable con el tiempo.

Una vez que el antecedente y base (TAR) de la Teoría de la conducta planeada (TCP) se ha expuesto, se explicará en seguida en que consiste la TCP y que componente introduce para mejorar la predicción de la conducta.

⁹ Aquí es donde la teoría de la acción razonada, a nuestro parece es un poco frágil ya que en muchas ocasiones la conducta no está bajo control voluntario de las personas (y mucho menos en las mujeres) influyen muchos factores externos que llevan a realizar o no una conducta, los cuales esta teoría no toma en cuenta. Es por eso que se utiliza la TCP ya que plantea dos componentes (percepción de control y creencias de control) que influyen en la conducta.

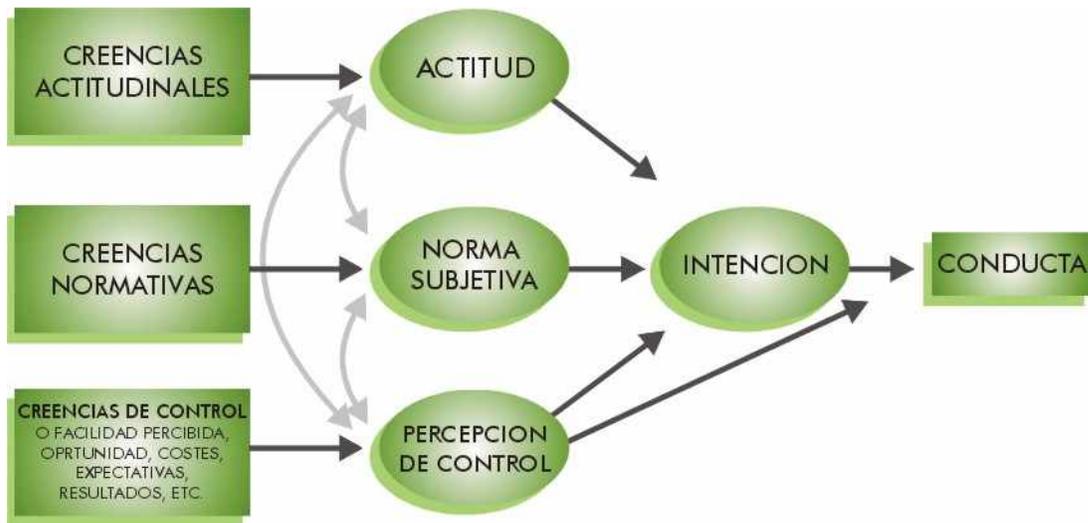
3.3 TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

No todas las conductas están bajo el control voluntario del individuo, para esas conductas que se caracterizan por un bajo control por parte de los individuos la teoría de la Acción Razonada no es un buen marco a partir del cual predecirlas. Existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos, o en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de la persona, que en última instancia, podrán intervenir en la intención de llevar a cabo una conducta. Esto llevó a Ajzen en 1985 a incluir un determinante de la intención de la conducta, el Control Percibido y las Creencias de Control los cuales son los dos componentes principales que caracterizan a la Teoría de la Conducta Planeada.

De acuerdo con esta teoría, la conducta humana está guiada por tres tipos de consideraciones 1) Las creencias acerca de los resultados probables de la conducta y la evaluación de estos resultados (Creencias Actitudinales). 2) Creencias acerca de las expectativas normativas, de los otros importantes para la persona y la motivación para cumplir con estas expectativas (Creencias Normativas). 3) Las creencias acerca de la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta y el poder percibido de estos factores (Creencias de Control). En sus respectivas implicaciones, las creencias actitudinales producen una favorable o desfavorable Actitud hacia la Conducta; las creencias normativas resultan de la percepción de la presión social o Norma Subjetiva y las creencias de control dan lugar a la Percepción de Control. En combinación, las actitudes hacia la conducta, la norma subjetiva y la percepción de control llevan a la formación de una intención conductual. (Ajzen , 2001). Dentro de la teoría se maneja como regla general, que si la actitud y la norma subjetiva son favorables o desfavorables y si se tiene una mayor o menor percepción de control, el componente mayor que tiene la persona para realizar o no una conducta debe de ser la intención. Es decir al igual que la TAR, también asume que la intención es el antecedente inmediato de la conducta. Sin embargo, menciona que, ya que muchas conductas tienen ciertas dificultades para su ejecución, estas pueden limitar el control voluntario de la persona, resulta

util, entonces, considerar el control percibido en suma a la intención. (véase, diagrama 2 el cual esquematiza la TCP).

Diagrama 2



Como ya se mencionó la TCP tiene como antecedente a la TAR por ello, utiliza los mismos componentes. Aun así, se mostrará, como define Ajzen cada componente, haciendo énfasis, de que la idea central de los componentes básicamente es la misma, a excepción claro está de los componentes añadidos (Creencias de control y Control Percibido).

CREENCIAS ACTITUDINALES

Una creencia conductual, es la probabilidad subjetiva, de que la conducta producirá ciertos resultados. Aunque una persona puede sostener muchas creencias conductuales, con respecto a cualquier conducta, solo un número relativamente pequeño son realmente accesibles en un momento dado. Esto es asumido ya que esta accesibilidad a las creencias --- en combinación con la evaluación subjetiva de los resultados esperados--- determina la prevalencia de la actitud hacia la conducta. (Azen, 2001)

ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

La actitud hacia la conducta es el grado en el cual la realización de la conducta es evaluada ya sea positiva o negativamente. La actitud hacia la conducta está determinada por el total de las creencias conductuales accesibles. La fuerza de cada creencia es reforzada por la evaluación de los resultados (Ajzen, 2001). Por ejemplo: si todas las creencias accesibles a cerca de realizarse el Papanicolaou y los resultados que se esperan de esta conducta son evaluadas positivamente, esto determinaría que una mujer, considerará que realizarse el Papanicolaou es una prueba necesaria para tener una buena salud (actitud positiva).

CREENCIAS NORMATIVAS

Este componente se refiere a las expectativas conductuales percibidas de referentes importantes, individuos o grupos como lo pueden ser, el esposo de la persona, la familia, amigos y ---- dependiendo de la población estudiada ----- maestr@s , doct@r, etc. Las creencias normativas ----- - en combinación con la motivación para cumplir con los diferentes referentes importantes para la persona----- determina la prevalencia de la norma subjetiva..(Ajzen,2001)

NORMA SUBJETIVA

Para Ajzen (2001), la norma subjetiva es la percepción de la presión social para que una persona se comprometa o no se comprometa con una conducta. La norma subjetiva esta determinada por el total de creencias normativas accesibles que involucra las expectativas de los individuos importantes para la persona . Es decir la fuerza de cada creencia normativa esta reforzada por la motivación de la persona para cumplir con los referentes en cuestión.

CREENCIAS DE CONTROL

Estas creencias tienen que ver con la presencia percibida de factores que pueden facilitar o impedir la conducta. Las creencias de control -----en combinación con el poder percibido de cada factor de control----- determina la percepción de control de la conducta. El poder percibido de cada factor de control, para impedir o facilitar una conducta, contribuye a la percepción de la conducta de forma directa. (Ajzen, 2001)

PERCEPCIÓN DE CONTROL

Se refiere a la percepción de las habilidades propias por parte de la persona para realizar una conducta. Este control percibido está determinado por el total de las creencias de control accedibles. Así la fuerza de cada creencia de control es fortalecida por el poder percibido del factor de control. La percepción de control de la conducta puede junto con la intención ser usados para predecir una conducta.(Ajzen 2001).

La percepción de control está integrada tanto por un conjunto de variables externas al individuo (por ejemplo, la oportunidad de acción, el tiempo o momento en que la conducta ha de realizarse, la necesidad de otras personas para realizar la acción o los obstáculos que éstas puedan interponer para que dicha acción no sea llevada a término, como la acción, la percepción de eficacia, etc.). (Breva y Carpi, 1997)

INTENCIÓN

Es la representación cognitiva inmediata de la persona para realizar una conducta dada, y se considera que es un antecedente inmediato de la conducta. La intención está basada en, la actitud hacia la conducta, en la norma subjetiva y la percepción de control, con la fuerza de cada predictor por su importancia, respecto a la conducta y la población de interés. (Ajzen, 2001)

CONDUCTA

La conducta es la respuesta manifiesta, observable en una situación dada con respecto a una meta dada. Solo las observaciones conductuales pueden ser agregadas a través de contextos y tiempos para

producir mas ampliamente la medida representativa de la conducta. El control percibido de la conducta es lo esperado para moderar el efecto de la intención sobre la conducta. Por ejemplo Una intención favorable solo se produce cuando la percepción de control de la conducta es fuerte. (Ajzen,2001)

Resumiendo, aunque se posea una actitud favorable hacia una conducta, la probabilidad de llevarla a cabo va a depender, entre otros factores, de la percepción de control por parte del individuo sobre su conducta. La percepción de que se puede llevar con éxito la conducta se basa en las creencias de control, sin la cual difícilmente se manifestará la conducta aunque se posea una actitud muy favorable hacia ella. Así, una persona puede tener una actitud muy favorable hacia la prevención del VPH y más específicamente, hacia practicarse la prueba del Papanicolaou, pero si la persona percibe que tiene poca capacidad de decisión para acudir al médico a realizarse la prueba del Papanicolaou, en otras palabras, que considere que los comportamientos de los demás pueden interferir en su decisión de realizarse la prueba, esta conducta saludable no será realizada.

Ajzen (1987) plantea que la percepción de control puede incidir en la intención de la conducta modulando el efecto que los antecedentes (actitud y norma subjetiva) tienen sobre la intención o puede incidir directamente en la intención de llevar a cabo una conducta sin considerar los antecedentes de dicha intención. La percepción de control es un factor independiente de predicción de la conducta, entonces pueden existir distintas situaciones en las que, a pesar de que exista intención de realizar por ejemplo la prueba del Papanicolaou, ésta no sea llevada a cabo porque algún tipo de obstáculo interfiere en la consecución de tal deseo. En estos casos se puede observar que la percepción de control actúa directamente sobre la conducta, modificándola o inhibiéndola (citado en Brea y Carpi, 1997).

Esquemmatizando la teoría, una mujer por ejemplo, tiene creencias positivas a cerca de la realización de la prueba del Papanicolaou, tiene una actitud positiva y ella esta motivada para complacer a los sujetos importantes que consideran que ella se debería realizar la prueba. Todo supondría que ella tiene la intención de realizarse el Papanicolaou. Pero ella quizá perciba poco control para acudir al médico, por que trabaja y cuando regresa la clínica de salud, a la cual ella deseaba asistir esta cerrada, entonces la conducta no se lleva a cabo.

Como ya se ha aclarado esta investigación pretende conocer por medio de la aplicación de la teoría, que es lo que determina (en que grado esta asociado cada componente de la TCP—actitud hacia la conducta, norma subjetiva y percepción de control— con la realización de dicha conducta) que una mujer acuda o no al médico a practicarse la prueba Papanicolaou para la detección oportuna de la infección por Virus de Papiloma Humano y con ello del cáncer cérvico uterino.

Principalmente se pretende analizar detalladamente las creencias (comportamentales, normativas y de control) que rodean la practica de la prueba del Papanicolaou, ya que en México son muy pocas las mujeres que acuden al medico a realizársela. De acuerdo a esta teoría se supondría que las creencias relacionadas son negativas.

Esta teoría supone que cuando se pretende cambiar una conducta se deben cambiar las creencias respecto a una conducta específica, que en este caso la realización de la prueba. Esta investigación pretende principalmente conocer las creencias que las mujeres tienen (comportamentales, normativas y de control) respecto de la realización de la prueba del Papanicolaou, ya sean positivas o negativas o que se perciba la presión de los otros que consideran se realice o no se realice la prueba o que se perciba poco o mucho control respecto a la práctica del Papanicolaou. Para que después de ser localizadas y analizadas minuciosamente, se realice una intervención. Así, por ejemplo; cuando las creencias que muestren las mujeres sean negativas y falsas tratar de cambiarlas y cuando las creencias sean positivas y verdaderas tratar de reforzarlas.

3.4 ACTITUDES Y CULTURA (INDIVIDUALISMO—COLECTIVISMO)

Debido a que el modelo teórico utilizado para esta investigación tiene un corte netamente norteamericano, es decir es un modelo creado en y para una cultura principalmente individualista, donde se privilegia el interés personal, resulta interesante y necesario incluir una variable que nos permita identificar no sólo a las mujeres que pertenezcan a este tipo de cultura, sino además identificar a las mujeres que pertenecen a la cultura colectivista, es decir pertenezcan a una cultura donde el interés primordial está centrado en la comunidad. Esta investigación supone que la mayoría de las mujeres en nuestro país pertenecen a la cultura colectivista, lo cual llama la atención para la observación del funcionamiento del modelo ya que lo que esta investigación pretende es no solo probar el modelo sino ponerlo en práctica, por ello se deben visualizar las estrategias adecuadas al tipo de cultura a la que se aplicará.

El individualismo –colectivismo surge a través de los acercamientos teóricos sobre la estructura de los valores, así Triandis (1988) propone esta estructura unidimensional para distinguir a las diversas culturas. Las culturas individualistas se caracterizan por valorar la anatomía del individuo y su independencia emocional de los grupos sociales de pertenencia, mientras que las culturas colectivistas valoran la tradición heredada y la dependencia emocional de los endogrupos de los que forman parte ya que el individuo es un ser que adquiere sentido como parte de una colectividad (Ros y Gómez, 1997 en Correa, 2001).

En términos generales, el individualismo se puede definir como una posición moral que absolutiza la prioridad del interés personal, privado al interés interpersonal, colectivo o social. El aspecto positivo de esta orientación consiste en la afirmación de la libertad individual. El aspecto negativo se manifiesta en el egoísmo y el menosprecio de los intereses de los otros. Sin embargo, el individualismo absolutiza lo biológico en el ser humano, en detrimento de lo espiritual y lo social; pasa por alto o subestima la diferencia entre los conceptos "individuo" y "personalidad".

El colectivismo se refiere a lo perteneciente o relativo a cualquier agrupación de individuos, doctrina, sistema social y movimiento político cuyos ideales son la comunidad de bienes y servicios y que pretenden transferir al Estado la distribución de la riqueza.

Así pues, por su riqueza conceptual y sus amplias repercusiones en distintas disciplinas, Triandis propone encomendar los términos colectivismo e individualismo a la influencia de la cultura en la norma, ética y moral del individuo, y utilizar los conceptos alocentrico e ideocentrico a la influencia cultural sobre la psicología del sujeto.

Alocentrico, puede resumirse a través de cuatro aspectos importantes:

- ✓ La definición del self como independiente o dependiente.
- ✓ La prioridad de metas personales frente a metas grupales.
- ✓ Énfasis en relaciones de intercambio antes que comunales.
- ✓ Predominio de las actitudes frente a las normas para explicar el comportamiento.

Por otro lado, el ideocentrico implica por tanto una predominancia de los valores de autonomía e independencia de la persona frente a los grupos, mientras que el alocentrismo representa una predominancia del grupo frente a las necesidades e intereses personales (Ros y Gómez, 1997 en Correa, 2001).

El trabajo de Triandis señala que el individualismo está conformado por 4 factores:

1. Autoconfianza
2. Competición
3. Distancia emocional de los endogrupos
4. Hedonismo

Y, por otro lado, el colectivismo está conformado por tres factores:

1. Interdependencia
2. Integridad Familiar
3. Sociabilidad

Por último, Triandis realiza una versión reducida de la escala INCOL, que consta de 29 reactivos que se distribuyen en tres factores:

1. Confianza personal y competición
2. Preocupación por el endogrupo
3. Distancia del endogrupo

No cabe duda que estos conceptos (individualismo- colectivismo) se deben tomar en cuenta para entender que las respuestas actitudinales de los individuos no van a ser iguales si son individualista o si son colectivista. Observando los factores obtenidos de las escalas realizadas por Triandis y al ver que este tipo de escalas ya se han aplicado y validado en México esta investigación toma una de ellas para medir estos dos aspectos.

Lo que se propone al introducir esta visión, es que a pesar de que se supondría que la cultura que existe en nuestro país es de corte colectivista es necesario corroborarlo, dado que también existe una influencia directa con Estados Unidos donde la cultura tiende a ser individualista, ya que como se mencionó los individuos no actúan de igual forma si pertenecen a una u otra posición. Así las mujeres con las que se trabará aunque tengan características similares, podrían algunas ser colectivistas y otras individualistas por lo tanto habría una diferencia en la forma de pensar lo cual se reflejaría en la aplicación del modelo de la Teoría de la Conducta Planeada.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Son las intenciones, las actitudes, las normas subjetivas, la percepción de control, las creencias actitudinales, las creencias normativas, las creencias de control de las mujeres (que acuden a la clínica 14 del IMSS), determinantes para que acudan al médico a realizarse la prueba del Papanicolaou?

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el efecto que tienen las intenciones, las actitudes, las normas subjetivas, la percepción de control, las creencias actitudinales, las creencias normativas, las creencias de control y la orientación social (Individualismo - Colectivismo) de las mujeres que asisten a la clínica 14 del IMSS, con el hecho de acudir al médico a realizarse la prueba del Papanicolaou.

Localizar qué tipo de creencias (actitudinales, normativas y de control), están más implicadas, para que las mujeres que asisten a la clínica 14 del IMSS acudan o no a realizarse la prueba del Papanicolaou.

4.2 HIPOTESIS

Para la muestra estudiada, qué serán mujeres que asisten a la clínica 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social con edades entre los 20 y 60 años las hipótesis planteadas son las siguientes:

- Existe la intención de acudir al médico a practicarse la prueba del Papanicolaou.
- Existe la percepción de control en cuanto a la realización de la prueba del Papanicolaou.
- Existe una actitud (positiva, negativa) hacia la realización de la prueba del Papanicolaou.

- Existe la norma subjetiva con relación a la practica del Papanicolaou.

- Están presentes las creencias actitudinales, en cuanto a, acudir al médico a realizarse el Papanicolaou.

- Existen las creencias normativas respecto a la realización del Papanicolaou.
- Existen las creencias de control en relación con el hecho de acudir al médico a realizarse el Papanicolaou.

- Existe la orientación social.

*Existe la relación entre la intención y la conducta de asistir al médico a realizarse la prueba del Papanicolaou.

* Existe la relación entre la actitud y la intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

*Existe relación entre la norma subjetiva y la intención de ir al médico a realizarse el Papanicolaou.

*Existe relación entre la percepción de control y la intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

*Existe relación entre la percepción de control y la conducta de acudir al médico a realizarse el Papanicolaou.

* Existe relación entre las creencias actitudinales y la actitud que tienen respecto de la realización de la prueba del Papanicolaou.

*Hay relación entre las creencias normativas y la norma subjetiva que poseen respecto de la realización del Papanicolaou.

*Existe relación entre las creencias de control y la percepción de control.

*Existe relación entre la orientación y la conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou.

- Explica el modelo de la Conducta Planeada de Ajzen, el hecho de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou.

4.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente

Conducta. La conducta es lo que se manifiesta, una respuesta observable, en una situación dada respecto a una meta dada (Ajzen, 2001). En este caso la conducta será el acudir a practicarse el Papanicolaou.

Variables Independientes

Intención. La intención es la representación cognitiva inmediata de la persona para realizar una conducta. Es el predictor inmediato de la conducta. (Fishbein y Ajzen, 1980).

Actitud. La actitud hacia la conducta es el grado en el que se prefiere realizar la evaluación o valoración de la conducta ya sea negativa o positivamente. Según la Teoría de la Conducta Planeada, la actitud hacia la conducta está determinada por la serie total de creencias de la conducta. (Ajzen, 2001).

Norma Subjetiva. Se refiere a la presión social percibida por la persona, para comprometerse o no con la realización de cierta conducta. (Ajzen, 2001).

Percepción de Control. Es la percepción que tienen la persona, de sus habilidades para realizar una conducta. Este también es un buen predictor de la conducta según la Teoría de la Conducta Planeada.

Creencias actitudinales. Estas son las creencias de la conducta en cuestión. Esta es la que determina la actitud hacia la conducta.(Ajzen, 2001).

Creencias Normativas. Donde la persona toma en cuenta las expectativas normativas de otras personas que regularmente son importantes para ella. Es decir que la persona considera, si los individuos y grupos piensan que debe o no comprometerse con la conducta. (Fishbein y Ajzen, 1980).

Creencias de Control. Tiene que ver con la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de una conducta. (Ajzen,2001).

Acudes al Ginecólog@: tiene que ver con la asistencia o no.

Adónde asiste al ginecólog@: tiene que ver con el hecho de asistir a una institución o ginecólogo particular, a una institución pública o asistir a las dos instituciones, ya que ésto se presume, puede influir para que las mujeres decidan o no ir a practicarse el Papanicolaou.

Si vive o no con su pareja: esta variable es importante ya que probablemente la pareja influye con el hecho de decidir si acude o no a practicarse el Papanicolaou, lo cual tendría relación con cuestiones de género y con la norma subjetiva planteada por la teoría que se utilizo en esta investigación.

Edad: años cumplidos.

Estado Civil: clase o condición a la cual esta sujeta la vida de la persona.

44 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Para medir las escalas de intención, actitud, norma subjetiva, percepción de control, creencias actitudinales, creencias normativas y creencias de control todas ellas de tipo intervalar se utilizarán afirmaciones con opciones de respuesta de 1 a 5 donde, 1 será totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 indiferente 4 en desacuerdo y 5 totalmente en desacuerdo.

Para la escala de conducta se utilizarán 2 preguntas cada una de tipo ordinal, solo que las opciones de respuesta tendrán diferentes rangos, la primera de 0 a 3 y la segunda de 0 a 5.

Para medir la escala de orientación social también de tipo intervalar se utilizarán afirmaciones con opciones de respuesta de 1 a 9 donde 1 será en desacuerdo totalmente y 9 de acuerdo totalmente.

Para estado civil la cual es una variable de tipo nominal se utilizarán 4 opciones de respuesta donde 1 será casada, 2 soltera 3 divorciada y 4 otro en este último, se pedirá que se especifique cuál.

Para la pregunta actualmente vives con tu pareja y para la pregunta acudes al ginecólogo, las opciones de respuesta serán dicotómicas donde 1 será Si y 2 No.

Para la pregunta adónde asistes al ginecólog@ se tendrán 3 opciones de respuesta, la primera se referirá al ginecólog@ particular o de institución privada la segunda al ginecólog@ de una institución pública y la tercera a ambas.

La edad será lo primero que se les pida, ya que esta investigación pretende contemplar un rango de 20 a 60 años.

5. M É T O D O

5.1 Participantes

En esta investigación participaron 250 mujeres, en un muestreo intencional donde las características que se buscaron fueron que asistieran a consulta médica familiar, a la clínica 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y estuvieran en un rango de edad entre los 20 y 60 años. El promedio de edad de las mujeres fue de 34 años.

5.2 Instrumento

El instrumento utilizado fue un cuestionario autoaplicable, compuesto de 9 escalas, la de conducta, intención, actitud, norma subjetiva, percepción de control, creencias actitudinales, creencias normativas, creencias de control y la de orientación social. Este instrumento estuvo conformado por 108 reactivos en total.

La medición de conducta, consistió en una escala tipo Likert, donde las opciones de respuesta eran diferentes para cada reactivo. La confiabilidad de toda la escala fue de .6485. La escala para intención alcanzó una confiabilidad de .7422, la escala de actitud una confiabilidad de .1172, la escala para la norma subjetiva tuvo una confiabilidad de .4174, la escala de percepción de control obtuvo una confiabilidad de .2150, la escala de creencias actitudinales mostró una confiabilidad de .8282, la escala de creencias normativas alcanzó una confiabilidad de .5830 y la escala de creencias de control obtuvo una confiabilidad de .4085. La escala de orientación social con una confiabilidad de .8413.

Las escalas que conformaron el instrumento, se basaron en el modelo teórico planteado. Los reactivos que conformaron estas escalas se obtuvieron de un análisis teórico y de un sondeo que se hizo a 5 mujeres donde se les preguntó su opinión respecto de acudir al médico a practicarse la prueba del Papanicolaou, en una pregunta abierta. En el Anexo 1 se muestran todos los reactivos por los que estuvo conformado el instrumento y se describe el comportamiento de cada uno (media, desviación, missing, N, porcentajes de las opciones de respuesta etc;).

La siguiente tabla muestra el nombre de cada una de las escalas, con el número de reactivos por los que estuvieron conformados y su confiabilidad alcanzada.

TABLA 1 Escalas por las que estuvo conformado el Instrumento

ESCALA	REACTIVOS	ALFA
Conducta	7 Y 8	.6485
Intención	12, 35, 37	.7422
Actitud	19, 34, 50	.1172
Norma Subjetiva	10, 11, 21, 33, 46, 47, 57, 58	.4174
Control Percibido	23, 26, 40, 66, 67, 72	.2150
Creencias Actitudinales	13, 18, 20, 22, 25, 29, 30, 31, 36, 42,43, 44, 48, 54, 60, 61, 64, 70, 73, 76	.8282
Creencias Normativa	17, 27, 32, 39, 41, 45, 49, 52, 53, 55, 56, 62, 63, 68, 74	.5830
Creencias de Control	14, 65, 69, 71	.4085
Orientación Social	77, 78, 79, 80, 81,82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108	.8413

TABLA1

El instrumento también contempló datos generales como: edad, estado civil, ¿actualmente vives con tu familia?, ¿acudes al ginecólogo? y ¿a dónde acudes?

Para la aplicación del instrumento los reactivos de todas las escalas, a excepción de la de orientación social, se combinaron aleatoriamente, formándose así una sola escala (Véase, Anexo 1)

5.3 Procedimiento.

Se pidió permiso a la coordinación de enseñanza de la clínica 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para la aplicación del instrumento pero fue negado, diciendo que se tenía que hacer un protocolo de investigación el cual tenía que ir firmado por el rector de la universidad, el coordinador de la carrera y los responsables de la investigación. Además analizarían el instrumento para hacerle las correcciones necesarias, y el permiso tardaría de 2 a 3 meses. Por lo cual se tomó la decisión de aplicar el instrumento sin el permiso correspondiente, arriesgando la interrupción de la aplicación si se pedía desalojar la clínica. Afortunadamente eso no sucedió.

El instrumento fue aplicado en el turno vespertino, ya que es la hora en la que más mujeres, dentro del rango de edad contemplado, asisten a la clínica. El instrumento se les daba personalmente a las mujeres, que se creía estaban dentro del rango de edad, sin embargo debido a la cantidad de mujeres que contestaron el instrumento y no estaban dentro del rango se decidió contemplarlas también. Las instrucciones que se presentaban en el instrumento, daban cuenta de que el cuestionario tenía como objetivo conocer las opiniones a cerca de la realización del Papanicolaou, ya que se estaba realizando un estudio enfocado a la salud de las mujeres y ese tema era central para dicha investigación. Se les pedía contestar honestamente ya que su ayuda era de vital importancia para este estudio, se enfatizaba el hecho de que el instrumento era totalmente anónimo y que los resultados solo serían utilizados para fines estadísticos. Las instrucciones para contestarlo decían lo siguiente: *a continuación se presentan una serie de afirmaciones, frente de cada afirmación hay un cuadro en el cual se colocará un número de acuerdo a las siguientes opciones de respuesta.* Se presentaba inmediatamente un cuadro que contenía las opciones (1 totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 indiferente, 4 en desacuerdo y 5 totalmente en desacuerdo). Aún así se les explicaba paso a paso lo que tenían que hacer, ya que aunque el instrumento era autoaplicable las mujeres no entendían o no leían. Se insistía que el instrumento era confidencial y que si tenían alguna duda, por mínima que fuera, preguntaran con toda confianza. En lo que las mujeres contestaban el cuestionario nos alejábamos para no presionarlas pero siempre pendientes, por si surgía alguna duda. Sin embargo, 21 cuestionarios no fueron contestados y si lo hacían no eran como las instrucciones lo pedían. El

instrumento fue leído a 5 mujeres ya que tres de ellas no sabían leer y dos de ellas manifestaron no tener deseos de hacerlo.

A muy pocas mujeres les pareció tedioso el instrumento y de lo que se quejaban era de que el instrumento era muy repetitivo, solo una mujer manifestó sentirse ofendida al contestar el instrumento y lo dejó a la mitad.

Cada instrumento tenía 4 hojas las cuales estaban engrapadas y se les daban a las mujeres junto con un lápiz con goma.

5.4 Análisis

Los resultados están conformados en tres partes, en la primera parte se analizaron las variables socio-demográficas, se realizaron análisis de frecuencias, medias y desviación estándar para saber como estaba conformada la muestra. Se realizaron análisis estadísticos (crosstabs) para saber la relación entre los datos socio-demográficos.

En la segunda parte se analizaron cada una de las variables del modelo teórico por separado y la variable propuesta. Primeramente se realizó el análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax a cada una de las escalas y se verificó su confiabilidad de los factores obtenidos por medio del alfa de Cronbach. Una vez obtenidos los factores se les realizaron análisis de varianza de una sola vía (Anova, one way) para saber si existían diferencias significativas entre las medias de los grupos (Estado Civil, Institución a la que acuden al ginecólogo), también se realizaron análisis t de student para saber si existían diferencias significativas entre las medias de los grupos (Actualmente vives con tu pareja, acudes al ginecólogo).

En la tercera parte se realizaron análisis de correlación de Pearson para dar una primera aproximación al modelo teórico, posteriormente se realizaron análisis de Regresión lineal paso a paso (stepwise) para saber si la relación causal que supone el modelo utilizado se confirmaba o no, después se realizó otro análisis de regresión para probar el modelo con la población estudiada. Se corrió otra regresión para ver lo que pasaba con la variable propuesta por esta investigación.

10. RESULTADOS

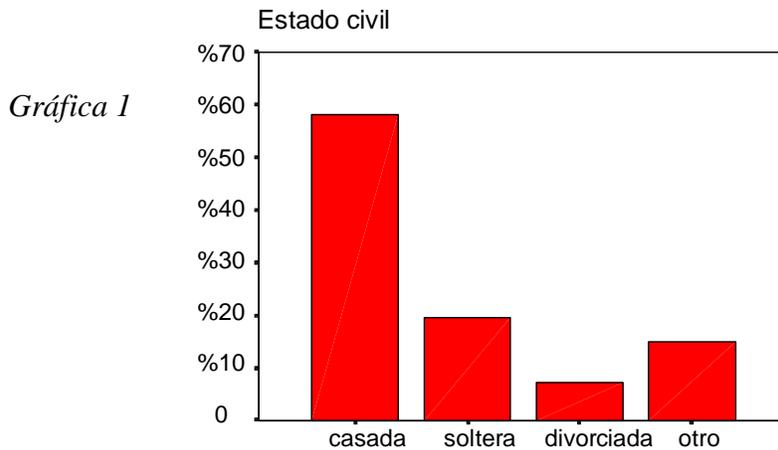
10.1 DATOS GENERALES:

AÑOS CUMPLIDOS

El promedio de edad de las 250 participantes fue de 34 años, donde la edad mínima fue de 20 años (2 casos) y la edad máxima fue de 60 años (1 caso). (Véase anexo 2)

ESTADO CIVIL

Como se observa en la gráfica (1), la muestra de esta investigación esta conformada en su mayoría por mujeres casadas (58.2%).



En la relación estado civil y el hecho de asistir o no al ginecólogo, se encontró que de 112 mujeres casadas el 69.6% si asisten al ginecólogo y el 30.4% no lo hacen. De 44 mujeres solteras el 47.7% si acuden al ginecólogo y el 52.3% no acuden. De 17 mujeres solteras el 82.4% si asiste al ginecólogo y el 17.6% no lo hace. Para un total de 31 mujeres que tienen otro estado civil el 64.5% si acuden y el 35.5% no lo hacen. (Véase tabla 1).

Tabla 1 Cruce entre Estado Civil y Acudes al Ginecólogo

		Estado Civil				
		Casada	Soltera	Divorciada	Otro	Total
Acudes al ginecólogo	SI	78 69.6%	21 47.7%	14 82.4%	20 54.5%	133 65.2%
	NO	34 30.4%	23 52.3%	3 17.6%	11 35.5%	71 34.8%
Total		112 100.0%	44 100.0%	17 100.0%	31 100.0%	204 100.0%

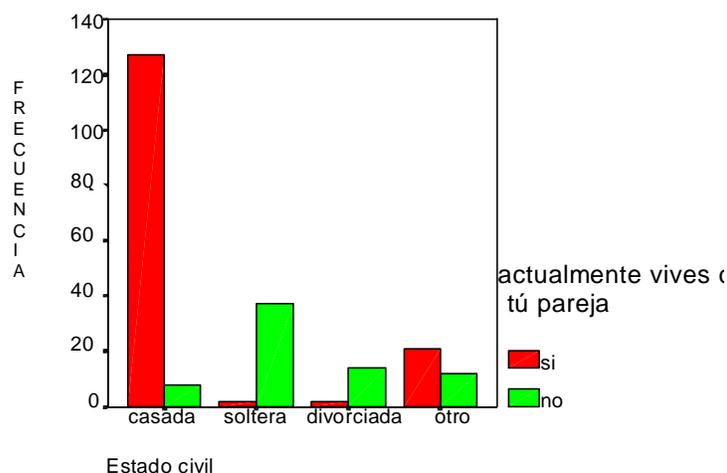
En el cruce de estado civil y a dónde asistes al ginecólogo se encontró que la mayoría de las mujeres solteras (57.1%) acude al ginecólogo Particular o de una institución privada. Y la mayoría de las mujeres casadas(61.0%),divorciadas(53.3) y que tienen otro estado civil (63.0%) asiste al ginecólogo de una institución pública. (Véase tabla 2)

Tabla 2 cruce entre Estado Civil y Adónde acudes al Ginecólogo

		ADONDE ACUDES AL GINECOLOGO			
		Ginecólogo particular o de una institución privada	Ginecólogo de una institución pública	A ambos lados	Total
ESTADO CIVIL	Casada	34 32.4%	64 61.0%	7 6.7%	105 100.0%
	Soltera	16 57.1%	11 39.3%	1 3.6%	28 100.0%
	Divorciada	6 40.0%	8 53.3%	1 6.7%	15 100.0%
	Otro	8 29.6%	17 63.0%	2 7.4%	27 100.0%
TOTAL		64	100	11	175

En el cruce Estado Civil y Actualmente vives con tu pareja de un total de 223 mujeres se encontró, que de 135 mujeres casadas 127 viven actualmente con su pareja y 8 no. De 39 mujeres solteras 2 viven actualmente con su pareja y 37 no. De 16 mujeres divorciadas 2 actualmente viven con su pareja y 14 no. De 33 mujeres que pertenecen a otro estado civil 21 viven actualmente con su pareja y 12 no. (Véase gráfica 2)

Gráfica 2



VIVES ACTUALMENTE CON TU PAREJA

Del total de las participantes, las mujeres que actualmente viven con su pareja representan el 68.3% y el 31.7 % representan las mujeres que no viven actualmente con su pareja.

En la relación actualmente vives con tu pareja y acudes al ginecólogo se pudo observar, que viviendo o no viviendo actualmente con su pareja la mayoría de las participantes si acude al ginecólog@ (Véase tabla 4).

Tabla 4 crece Actualmente vives con tu pareja y Acudes al ginecólog@

		Acudes al ginecólog@		
		Si	No	Total
Actualmente Vives con tu pareja	Si	86 68.3%	40 31.7%	126 100%
	No	45 66.2%	23 33.8%	68 100%
Total		131	63	194

En el cruce entre Actualmente vives con tu pareja y Adónde acudes al ginecolog@ se encontró, que las mujeres que actualmente viven con su pareja la mayoría asiste al ginecolog@ a una institución pública (63.5%) y las mujeres que actualmente no viven con su pareja la mayoría acude al ginecolog@ particular o de una institución privada (50%). (Véase tabla 5).

Tabla 5 cruce Vivir con pareja o no y Institución a la que asisten al ginecólogo

		Adónde asistes al ginecolog@			Total
		Ginecólogo particular o de una institución privada	Ginecólogo de una institución Pública	Ambas	
Actualmente vives con tu pareja	Si	37 32.2%	73 63.5%	5 4.3%	115 100%
	No	23 50%	21 45.7%	2 4.3%	46 100%
Total		60	94	7	161

ACUDES AL GINECÓLOG@

El 65.4% del total de participantes si acuden al ginecolog@ y el 31.7% no lo hacen.

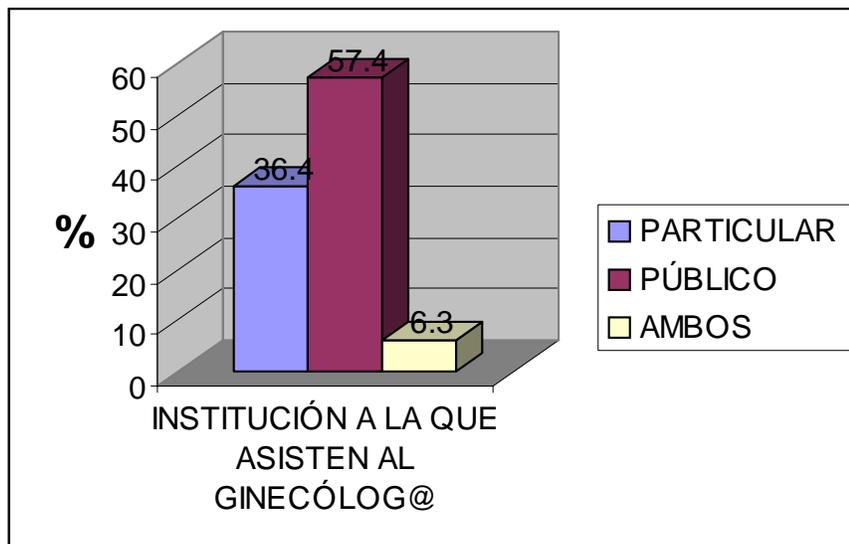
La mayoría de las mujeres que si acuden al ginecolog@ lo hacen a una institución pública 57.8%. Contradictoriamente se encontró que de 14 mujeres que primeramente manifestaron no asistir al ginecolog@, 4 reportaron asistir al ginecolog@ particular o de institución privada y 10 reportaron acudir a una institución pública. (Véase tabla, 6)

Tabla 6 cruce entre Acudes al ginecolog@ y Adónde asistes

		Adónde asistes al ginecolog@			Total
		Ginecólogo particular o de institución pública	Ginecólogo de una institución pública	Ambos lados	
Acudes al Ginecolog@	Si	48 37.5%	74 57.8%	6 4.7%	128 100%
	No	4 28.6%	10 71.4%		14 100%
	Total	52	84	6	142

ADONDE ACUDES AL GINECÓLOG@

De un total de 176 participantes, 64 que representan el 36.4% acuden al ginecólogo particular o de una institución privada, 101 que representan el 57.4% acuden al ginecólogo de una institución pública y 11 que representan el 6.3% asisten a ambos lados. (Véase gráfica).



10.2 Variables del Modelo Teórico

A cada una de las escalas elaboradas para medir las variables del modelo teórico utilizado se les ejecutó, en primer lugar, un análisis factorial con extracción de componentes principales y con rotación Varimax y se verificó la confiabilidad por medio del alfa de Cronbach. Posteriormente para conocer el comportamiento de las dimensiones arrojadas por el análisis factorial se realizaron análisis estadísticos descriptivos, medias, frecuencias y desviación estándar. Finalmente se realizaron a cada una de las dimensiones, pruebas t de student y Análisis de varianza de una sola vía para conocer si existían diferencias de medias entre las variables socio-demográficas.

Conducta

La escala que mide la conducta constaba de dos reactivos, el análisis factorial los agrupó en un solo factor, con valor propio mayor a 1, el cual explicó el 75.179% de la varianza total. Este factor fue conservado y se le denominó "Conducta de asistir a practicarse el Papanicolaou" con una confiabilidad de .648.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Conducta de asistir a practicarse el Papanicolaou.	*Desde que iniciaste tu actividad sexual, has acudido al médico a realizarte el Papanicolaou por lo menos una vez	.867	.6485
	* ¿Cuántas veces acudiste al médico el año pasado a realizarte la prueba del Papanicolaou?	.867	

El rango para el factor de Conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou fue de 0 (nunca o ninguna vez), 1 (unas veces), 2 (una vez o casi todos los años), 3 (dos veces o la mayoría de los años), 4 (todos los años o más de dos veces). El promedio fue de 2.11 con una desviación de 2.83. Así la mayoría de las participantes tienen la conducta de realizarse el Papanicolaou una vez y la mayoría de los años.

El análisis de varianza de una sola vía (Anova, one way) muestra diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil ($F(3, 244)=4.35$ $p<.05$). La diferencia se encuentra entre las mujeres solteras ($x= 1.56$) y las divorciadas ($x= 1.05$). Por lo que las mujeres solteras asisten más a practicarse el Papanicolaou que las mujeres divorciadas.

Para la variable institución a la que acuden al ginecólogo ($F(2,175)=.797$, $p=ns$), el análisis de varianza de una sola vía no encontró diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres que acuden al ginecólogo particular o de una institución pública ($x=2.45$) y las que asisten al ginecólogo a una institución pública ($x= 2.44$) reportaron asistir a practicarse el Papanicolaou una vez casi todos los años. Sin embargo la mayoría de mujeres

que asisten a ambas instituciones se practican el Papanicolaou dos veces la mayoría de los años ($x = 2.95$).

El análisis t de student para la variable actualmente vives con tu pareja ($t_{(1,219)} = .859$ $p = ns$) no mostró diferencias estadísticamente significativas. Las medias estuvieron alrededor de 2.

El análisis t de student para la variable acudes al ginecólogo ($t_{(1,200)} = 9.02$ $p < .001$) si mostró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que si acuden al ginecólogo ($x = 2.69$) y las mujeres que no acuden ($x = 1.05$). Las mujeres que si acuden al ginecólogo se realizan más el Papanicolaou que las que no lo hacen.

En resumen, para la variable conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou sólo se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas en las variables estado civil y acudes al ginecólogo, por lo que la hipótesis de existencia planteada anteriormente se comprueba, es decir la variable conducta en la muestra estudiada si está presente.

Intención

La escala que mide la Intención de asistir a realizarse el Papanicolaou el análisis factorial agrupó a los tres únicos reactivos en un solo factor, con un valor propio mayor a 1, explicando el 66.145% de la varianza total. Este factor fue denominado “Propósito de asistir” con una confiabilidad de .742.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Intención o Propósito de asistir a practicarse el Papanicolaou	• Tienes planeado acudir al médico a practicar el Papanicolaou por lo menos una vez este año.	.848	.7422
	• Piensas acudir al médico a realizarte el Papanicolaou por lo menos una vez en este año.	.813	
	• Quieres ir al médico a practicar el Papanicolaou por lo menos una vez en este año.	.777	

La escala como ya se mencionó tenía un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), la dimensión Propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou

obtuvo una media de 1.49, lo cual significa que la mayoría de las participantes estuvieron más cerca de totalmente de acuerdo en los reactivos que se les presentaron, por lo que se deduce que tenían la intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

Para saber si existían diferencias significativas entre los grupos respecto al factor intención, se ejecutaron análisis de varianza de una vía (Anova one way) y pruebas t de Student. El primer análisis de varianza de una sola vía, se hizo para los grupos de estado civil (casadas, solteras, divorciadas y otros). $F(3,248)=.262$ y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En el análisis de varianza de una vía de la intención de practicarse el Papanicolaou por institución a la que asisten al ginecólogo $F(2,175)=18.918$ $p<.000$, mostró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que dicen asistir a ambas instituciones Pública y Privada ($x=2.69$) y las que reportaron asistir al ginecólogo particular o de una institución privada ($x=1.30$) y con las que reportaron asistir al ginecólogo de una institución pública ($x=1.42$). Las mujeres que asisten a ambas clínicas no tienen clara la intención de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou. Las mujeres que asisten al ginecólogo particular o de una institución privada y las mujeres que asisten al ginecólogo de una institución pública si tienen más intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

El que las mujeres que acuden a ambas instituciones, no tengan bien definida la intención puede deberse a que asumen que su salud es buena por que tienen un chequeo en dos lugares diferentes y no es necesario practicarse el Papanicolaou.

El análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas para la variable actualmente vive con su pareja ($t(1,222)=-.359$ $p=ns$), las mujeres que actualmente viven con su pareja ($x= 1.46$) y las que no vive con su pareja ($x=1.50$) tienen la intención de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou.

El análisis t de student no encontró diferencias estadísticamente significativas, para la variable asistes al ginecólog@ ($t(1,203)=-.1961$ $p=ns$), las mujeres que si asisten al ginecólog@ ($x= 1.39$) y las que no lo hacen ($x= 1.60$) tienen la intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

Para saber si la variable socio-demografica, institución a la que asisten al ginecólogo, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tiene una influencia directa sobre la intención de asistir al ginecólogo, se realizó un análisis multifactorial de varianza, $F(2,142)=3.27$, $p<.001$, el cual deja claro que dependiendo a dónde se acuda al ginecólogo, tiene un impacto directo sobre la intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

Para esta variable (Intención o propósito de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou) solo se encontraron diferencias de medias estadísticamente significativas, en la variable Institución a la que asisten al ginecólogo, donde las mujeres que asisten al ginecólogo particular o de una institución privada y las que lo hacen a una institución pública reportaron tener más intención de acudir a realizarse el Papanicolaou que las mujeres que acuden al ginecólogo a ambas instituciones.

La hipótesis de existencia planteada se comprueba, por lo que la variable intención si está presente en la muestra estudiada.

Creencias Actitudinales

Respecto a la escala de Creencias Actitudinales el análisis factorial convergió en 20 interacciones, inicialmente se obtuvieron 6 componentes los cuales explicaban el 56.825% de la varianza total. Sin embargo debido a que el valor propio del primer factor era el doble del segundo se decide a partir de su coherencia conceptual y su coherencia empírica conservar solo el primer factor conformado por 17 reactivos, el cual explicó el 14.576% de la varianza total y fue denominado “Creencias Actitudinales Negativas” con una confiabilidad de .842.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Creencias Actitudinales Negativas	*Solo las personas que tienen muchas parejas sexuales deben realizarse el Papanicolaou.	.657	.8420
	*Sólo cuando existan molestias en el vientre o en la zona genital se debe realizar el Papanicolaou	.625	
	*Acudir al médico a que te practiquen el Papanicolaou va en contra de tu religión	.617	
	*No es necesario que te practiquen el Papanicolaou pues de algo te tienes que morir.	.608	
	*Es dañino para la salud practicarse el Papanicolaou todos los años	.606	
	*Los dolores abdominales son normales aunque no estés menstruando	.583	
	*Es suficiente acudir al médico a practicarse el Papanicolaou solo una vez en la vida.	.558	
	*La realización del Papanicolaou quita mucho tiempo.	.529	
	*Solo las mujeres que pasan de los treinta años deben realizarse el Papanicolaou.	.529	
	*La prueba del Papanicolaou cuesta mucho dinero.	.523	
	*De nada sirve que te detecten el cáncer cérvico uterino ya que no es posible curarlo.	.522	
	*Te da miedo que el médico pueda detectar algún tipo de cáncer, por eso no quieres ir a realizarte el Papanicolaou.	.498	
	*Si te practican el Papanicolaou es posible que te excites.	.453	
	*Nadie debe verte desnuda solo tu pareja.	.455	
	*No es necesario practicarse el Papanicolaou para saber que se tiene cáncer cérvico uterino.	.455	
*No se debe acudir al médico a practicarse el Papanicolaou cada año para prevenir el cáncer cérvico uterino.	.399		
*Te puedes contagiar de alguna infección si te practican el Papanicolaou.	.447		

La escala tenía un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), el factor Creencias actitudinales negativas, obtuvo un promedio de 4.19 y una desviación de .629, por lo cual, la mayoría de las participantes estuvieron en desacuerdo con los reactivos que conformaban este factor. Se deduce que las mujeres no tienen creencias negativas respecto de la practica del Papanicolaou.

El análisis de varianza de una sola vía (Anova, one way) para la variable estado civil $F(3,248)=.795$, $p=NS$, no muestra diferencias estadísticamente significativas. Las medias estuvieron alrededor de 4 (en desacuerdo), casadas ($x=4.15$), solteras ($x=4.31$), divorciadas ($x=4.25$) otro estado civil ($x=4.20$).

El análisis de varianza de una vía, para la variable Institución a la que asisten al ginecólogo $F(2,175)=8.864$, $p<.001$, si mostró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que acuden al ginecólog@ a ambas instituciones privada y pública ($x=3.48$), y las mujeres que asisten solo ó al ginecólog@ particular ($x=4.30$) ó al de una institución pública ($x=4.30$).Las mujeres que asisten a ambas instituciones mostraron ser indiferentes ante las creencias actitudinales negativas, en cambio las mujeres que acuden al ginecólog@ de una

institución privadas y las que van al de una institución pública manifestaron estar en desacuerdo con las creencias actitudinales negativas en torno a la realización del Papanicolaou.

El análisis t de student para la variable actualmente vives con tu pareja $t(1,222)=.148$, $P=NS$, no mostró diferencias estadísticamente significativas, las mujeres que actualmente si viven con su pareja ($x= 4.23$) y las que no viven actualmente con su ($x= 4.21$) mostraron estar en desacuerdo con las creencias actitudinales negativas.

Para la variable acudes al ginecólogo $t(1,203)=1.35$ $p=NS$, el análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas ya las mujeres que si acuden al ginecólogo ($x= 4.28$) y las mujeres que no lo hacen ($x= 4.17$) están en desacuerdo con las creencias actitudinales negativas.

Para corroborar que la variable institución a la que asisten al ginecólogo $F(2,176)=8.86$, $p<.001$ tiene un impacto directo sobre la variable creencias actitudinales negativas se realizó un análisis multifactorial de varianza, el cual confirma que dependiendo de la institución a la que se asista se estará en desacuerdo con las creencias actitudinales negativas (privada ó pública) o se estará indiferente ante las creencias actitudinales negativas (ambas instituciones).

El que las mujeres que asisten a ambas instituciones y que obtuvieron un promedio de 3.48 (indiferente), debido a que no se contaba en las opciones de respuesta con la alternativa No sé, se puede suponer que no es que les fueran indiferentes los reactivos quizás se deba a que no sabían lo que los reactivos afirmaban.

Al igual que la variable intención, la variable creencias actitudinales negativas solo mostró diferencias de medias estadísticamente significativas en la variable institución a la que asisten al ginecólogo. Así la hipótesis de existencia también se comprueba, es decir está variable si existe en la muestra elegida.

Creencias Normativas

Para de la escala de Creencias Normativas, que inicialmente contaba con 15 reactivos, el análisis factorial convergió en 15 interacciones, inicialmente se obtuvieron 4 componentes con valores propios superiores a 1, los cuales explicaban el 58.06% de la varianza total. A partir de la revisión de cada factor en términos de su coherencia conceptual y de su consistencia empírica (alfa de Cronbach) se decidió conservar solo el primer factor, conformado por 7 reactivos, explicó el 20.175% de la varianza total y se le denominó “Creencias Normativas Negativas”, su confiabilidad fue de .818.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Creencias Normativas Negativas	*Tu pareja pensaría mal de ti si asistes al médico a practicar el Papanicolaou.	.779	.8182
	*Tu familia piensa que es malo que el médico te vea desnuda.	.703	
	*Tu familia piensa que si Dios quiere que tengas un enfermedad, así será y no se puede hacer nada.	.687	
	*Tu pareja podría pensar que si asistes al médico a que te practiquen el Papanicolaou, es por que quieres que otro hombre te toque.	.656	
	*Tu pareja piensa que no debes acudir al médico a realizarte el Papanicolaou por que el médico puede abusar sexualmente de ti.	.627	
	*Tu pareja piensa que las mujeres que se realizan el Papanicolaou, es porque tienen relaciones sexuales con muchos hombres.	.465	
	*Las personas importantes para ti piensan que solo tu esposo te puede tocar la zona genital.	.481	

La escala tenía un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), el factor creencias normativas negativas obtuvo un promedio de 4.23 y una desviación de .789, la mayoría de las participantes estuvieron en desacuerdo con los reactivos que contempla el factor creencias normativas negativas respecto de la realización del Papanicolaou.

El análisis de varianza de una vía muestra (al igual que en las variables anteriores), diferencias estadísticamente significativas en la variable institución a la que asisten al ginecólogo ($F(2,174)=12.50, p<0.01$). Las mujeres que asisten al ginecólogo particular o de institución privada ($x=4.30$) y las que acuden a una institución pública ($x=4.34$) están en desacuerdo con las creencias normativas negativas, mientras que para las mujeres que asisten a ambas instituciones (3.08) les son indiferentes.

El análisis de varianza de una sola vía no mostró diferencias significativas en la variable estado civil ($F_{(3,247)}=.804$ $p=ns$). Es decir no se encontraron diferencias entre las mujeres casadas ($x=4.23$), solteras ($x=4.36$), divorciadas ($x=4.11$) y las de otro estado civil ($x=4.11$). Por lo que todas manifestaron estar en desacuerdo con las creencias normativas negativas.

El análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable acudes al ginecólog@ ($t_{(1,202)}=-.007$ $p=NS$), las mujeres que si acuden al ginecólog@ ($x=4.30$) y las que no lo hacen ($x=4.30$) están en desacuerdo con las creencias normativas negativas.

El análisis t de student no encontró diferencias estadísticamente significativas en la variable actualmente vives con tu pareja ($t_{(1,221)}=.731$ $p=NS$) las mujeres que actualmente si viven con su pareja ($x=4.28$) y las no ($x= 4.20$) estuvieron en desacuerdo también.

La variable Creencias Normativas Negativas también mostró diferencias de medias estadísticamente significativas en la variable institución a la que asisten al ginecólog@. Por lo que esta variable está presente en la muestra.

Creencias de Control

Respecto a la escala de Creencias de Control el análisis factorial agrupó a los 4 únicos reactivos en un solo factor, el cual explicó el 36.899% de la varianza total y fue denominado “Creencias de Control Negativas” con una confiabilidad de .4085

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Creencias de Control Negativas	*Siempre se presentan otras cosas que te impiden asistir al médico a realizarte el Papanicolaou.	.676	.4085
	*Si decides acudir al médico a realizarte el Papanicolaou puedes tener problemas con tu pareja	.670	
	*La prueba del Papanicolaou la practican a una hora en la que te es imposible asistir.	.542	
	*Tu no puedes disidir libremente si acudes o no al médico a realizarte el Papanicolaou.	.526	

La medición de la escala también tuvo un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), el factor obtenido contó con un promedio de 3.62 y una

desviación de .8815, por lo que la mayoría de las participantes fueron indiferentes y tendieron a estar en desacuerdo con las creencias de control negativas.

El análisis de varianza de una sola vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil $F(3,248)=.073$ $p=NS$) ya que las medias de las mujeres casadas $x=3.62$, solteras $x=3.60$, divorciadas $x= 3.55$ y las que tienen otro estado civil $x=3.66$, tiende a 4 (en desacuerdo), esto demuestra que todos los grupos reportan no tener creencias de control negativas respecto de la realización del Papanicolaou.

El análisis de varianza de una sola vía para la variable institución a la que asisten al ginecólogo $F(2,175)=1.751$ $p=NS$, no encontró diferencias significativas entre las mujeres que acuden al ginecólogo particular o de una institución privada ($x= 3.84$), las mujeres que acuden al ginecólogo a una institución pública ($x= 3.64$) y las mujeres que acuden a ambas instituciones ($x=3.40$). Por lo que la mayoría muestran no tener creencias de control negativas respecto a la realización del Papanicolaou.

El análisis t de student para la variable actualmente vives con tu pareja ($F(1,222)=.611$ $p=NS$) no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que actualmente si viven con su pareja ($x= 3.67$) y las mujeres que actualmente no viven con su pareja ($x=3.60$), ambos grupos están en desacuerdo con las creencias de control negativas.

Para la variable Acudes al ginecólogo ($t(1,2039)=1.50$ $p=NS$), tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas dado que la media para las que si asisten al ginecólogo fue de 3.70 y para las mujeres que no acuden al ginecólogo fue de 3.51.

En resumen la variable Creencias de control negativo no mostró diferencias de medias con ninguna variable socio- demográfica. Sin embargo la variable si esta presente en las mujeres de la muestra.

Actitud

Para la escala de Actitud, el análisis factorial arrojó 2 componentes con valores propios superiores a 1 los cuales explicaban el 79.94% de la varianza total. Después de la revisión

de cada factor en términos de su coherencia teórica y su consistencia empírica (alfa de Cronbach) se decidió conservar solo el primer factor conformado por 2 reactivos, explicando el 46.297% de la varianza total el cual fue llamado “Actitud positiva” su confiabilidad fue de .5591.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Actitud Positiva	* Acudir al médico a que te practiquen el Papanicolaou es muy importante	.837	.5591
	* Ir al médico a que te realicen el Papanicolaou es benéfico para tu salud.	.830	

La escala también tuvo un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), el factor actitud positiva tuvo un promedio de 1.21 y una desviación de .5732, por lo que la mayoría de las participantes tienen una actitud positiva respecto de la realización del Papanicolaou.

El análisis de varianza de una sola vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil ($F_{(3,248)}=1.78$ $p=NS$), las medias estuvieron alrededor de 1 (casadas 1.20, solteras 1.06, divorciadas 1.13 y mujeres que tienen otro estado civil 1.18). Lo cual significa que todos los grupos reportaron tener una actitud positiva ante la prueba del Papanicolaou.

El análisis de varianza de una sola vía para la variable institución a la que asisten al ginecólogo ($F_{(2,175)}=20.85$, $p<.001$), encontró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que asisten al ginecólogo de una institución ($x= 1.10$), las que acuden al ginecólogo a una institución pública ($x=1.18$) y las que acuden a ambas instituciones ($x=2.27$). Es decir las mujeres que acuden a una institución privada y las que asisten a una institución pública tienen más actitud positiva hacia la realización del Papanicolaou. Y las mujeres que asisten al ginecólogo a las dos instituciones tienen menos actitud positiva hacia la practica del Papanicolaou.

El análisis t de student para la variable acudes al ginecólogo ($t_{(1,222)}=.545$, $p=NS$), no mostró diferencias estadísticamente significativas, ya que tanto las mujeres que si viven actualmente con su pareja ($x= 1.19$) como las que no viven actualmente con su pareja ($x= 1.16$) tienen actitudes positivas respecto de la realización del Papanicolaou.

Para la variable Actitudes Positivas, solo se encontró diferencias de medias estadísticamente significativas, en la variable institución a la que asisten al ginecólog@. Así las mujeres que asisten al ginecólog@ a una institución privada o a una pública tienen más actitud positiva hacia el Papanicolaou que las mujeres que acuden a las dos instituciones. La hipótesis en este caso también se corrobora, la actitud si está presente en la muestra elegida.

Norma Subjetiva

Respecto a la escala de Norma Subjetiva en el análisis factorial convergió en 8 interacciones, se obtuvieron inicialmente 2 componentes con valores propios arriba de 1, los cuales explicaban el 47.50% de la varianza total. Después de la revisión de los dos factores en términos de su coherencia conceptual y de su consistencia empírica se decidió conservar solo el primer factor, el cual agrupo 4 reactivos y explicó el 27.326% de la varianza total, fue nombrado “Norma subjetiva positiva” su confiabilidad fue de .6773.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Norma Subjetiva Positiva	*Tu pareja muestra interés en que acudas al médico a realizarte el Papanicolaou.	.862	.6773
	*Tu pareja piensa que debes realizarte el Papanicolaou por lo menos una vez cada año.	.832	
	*Las mujeres que son importantes para ti acuden al médico a practicarse el Papanicolaou por lo menos una vez al año.	.560	
	*Tu familia ve bien que acudas al médico a realizarte el Papanicolaou.	.485	

La escala tuvo un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), el factor norma subjetiva positiva obtuvo un promedio de 1.72 y una desviación de .7271, la mayoría de las participantes tienen una norma subjetiva positiva.

El análisis de varianza de una sola vía, para la variable institución a la que asisten al ginecólog@(F(2,174)=4.301 p<.05) si encontró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que acuden al ginecólogo de una institución privada (x= 1.61) las mujeres que acuden al ginecólogo a una institución pública (x=1.65) y las mujeres que acuden a las dos instituciones (x= 2.32). Las mujeres que asisten al ginecólog@ de una institución privada y las que lo hacen a una institución pública, tienen más norma subjetiva positiva que las que lo hacen a las dos instituciones.

Para la variable estado civil ($F(3,246)=.648$ $p=NS$), el análisis de varianza de una sola vía no encontró diferencias estadísticamente significativas ya que la media estuvo alrededor de 2, (casadas $x=1.73$, solteras $x=1.82$, divorciadas $x=1.58$ y las que tienen otro estado civil $x=1.60$). Se observa que tienen una norma subjetiva positiva.

El análisis t de student para la variable acudes al ginecólog@ ($t(1,201)=-2.883$ $p<.01$) si mostró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que si acuden al ginecólog@ ($x= 1.61$) y las mujeres que no lo hacen ($x= 1.90$). Las mujeres que si acuden al ginecólog@ tienen más norma subjetiva positiva que las mujeres que no lo hacen.

Para la variable vives actualmente con tu pareja ($t(1,222)=.545$) el análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas, ya que tanto las mujeres que si viven actualmente ($x= 1.19$) y las que no ($x= 1.16$) reportaron tener una norma subjetiva positiva.

Para la variable norma subjetiva se encontraron diferencias de medias en la variable acudes al ginecólogo y la variable institución a la que asistes. La hipótesis también se corrobora para esta variable.

Control Percibido ó Percepción de Control

Para la escala de Control percibido el análisis factorial convergió en 6 interacciones, arrojando 2 factores con valores propios mayores a 1, explicando el 51.62% de la varianza total, por su vínculo conceptual y su coherencia empírica se decidió conservar los dos factores. El primer factor explicó el 26.510% de la varianza total y se le denominó “Control Percibido Positivo” con una confiabilidad de .548. El segundo factor explicó el 25.11% de la varianza total se le llamó “Control Percibido Negativo” con una confiabilidad de .484.

FACTOR	REACTIVOS QUE INTEGRAN AL FACTOR	CARGA FACTORIAL	ALFA
Control Percibido Positivo +	*Si tu quisieras podrías acudir al médico a realizarte el Papanicolaou.	.776	.5485
	*Depende principalmente de ti que acudas al médico a practicar el Papanicolaou.	.757	
	*Tu puedes decidir libremente cuando acudir al médico a realizarte el Papanicolaou.	.613	
Control Percibido Negativo -	*Es imposible que asistas al médico por lo menos una vez este año a practicar el Papanicolaou, por que tu trabajo o tus actividades familiares te lo impiden.	.781	.4848
	*Para ti es difícil asistir al médico a realizarte el Papanicolaou por lo menos una vez este año.	.653	
	*Es muy difícil que acudas al médico a practicar el Papanicolaou, porque donde lo realizan esta muy lejos de donde vives.	.637	

A pesar de que el modelo teórico sólo muestra un componente por cada dimensión, y para esta dimensión se han tomado dos componentes, de ninguna manera se altera la causalidad o la relación que el modelo plantea, ya que Ajzen (2001) plantea por ejemplo que a mayor control percibido mayor intención, también plantea que a menor control percibido menor intención siempre y cuando la dirección se corresponda.

Control Percibido Positivo

La escala de control percibido tuvo un rango de 1 (totalmente se acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo). El factor Control percibido positivo obtuvo un promedio de 2.21 y una desviación de .577. La mayoría de las participantes perciben un control positivo respecto de la realización del Papanicolaou.

El análisis de varianza de una vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil ($F_{(3,248)}=.205$ $p=NS$), las medias estuvieron alrededor de 2 (casadas $x=2.20$, solteras $x=2.27$, divorciadas $x=2.18$ otro estado civil $x=2.22$) por lo que estas mujeres perciben un control positivo respecto de la practica del Papanicolaou.

Para la variable institución a la que asisten al ginecólogo ($F_{(2,175)}=4.89$ $P<.01$) el análisis de varianza de una sola vía mostró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que asisten al ginecólogo particular o de una institución privada ($x= 2.07$) las mujeres que asisten al ginecólogo a una institución pública ($x= 2.18$) y las mujeres asisten a ambas instituciones ($x=2.66$). Las mujeres que asisten al ginecólogo a una institución privada y las que asisten a una institución pública perciben menor control positivo que las

mujeres que acuden a ambas instituciones. Esto parece lógico ya que si estas mujeres que asisten a ambas instituciones no percibieran mucho control (costes, facilidades, expectativas) no acudirían a las dos instituciones.

El análisis t de student para la variable Actualmente vives con tu pareja ($t_{(1,220)}=-1.073$, $p=NS$) no encontró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que actualmente viven con su pareja ($x= 1.67$) y las mujeres no ($x= 1.78$). Ambos grupos de mujeres, perciben un control positivo respecto de la realización del Papanicolaou.

El análisis t de student para la variable acudes al ginecólogo ($t_{(1,203)}=-.25$, $p<.05$) encontró diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que si acuden al ginecólogo ($x= 2.14$) y las mujeres que no van ($x=2.33$). Las mujeres que si van al ginecólogo tienen mas control percibido positivo que las que no van.

La variable percepción de control positivo tiene diferencias de medias estadísticamente significativas, con las variables acudes al ginecólogo e institución a la que acuden al ginecólogo, por lo tanto su hipótesis de existencia se cumple.

Control Percibido Negativo.

El promedio del factor control percibido negativo fue de 3.79 con una desviación de .921, lo cual significa que la mayoría de las participantes tendieron a 4 (desacuerdo), es decir que no tenían una percepción de control negativo.

El análisis de varianza de una vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable institución a la que acuden al ginecólogo ($F_{(2,175)}=2.15$ $p=NS$). las mujeres que asisten al ginecólogo particular o de una institución privada ($x= 3.90$), las que asisten al ginecólogo de una institución pública ($x= 4.0$) y las mujeres que acuden a las dos instituciones ($x= 3.40$). Sin embargo se observó que las que acuden a ambas instituciones tienden a ser más indiferentes ante la percepción de control negativo.

El análisis de varianza de una vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil ($t_{(3,248)}p=NS$), las medias estuvieron alrededor de 4(desacuerdo),

(casadas 3.83, solteras 3.76, divorciadas 3.85, otro estado civil 3.66), es decir que perciben poco control negativo respecto de la practica del Papanicolaou.

El análisis t de student para la variable acudes con el ginecólogo ($t_{(1,203)}=4.60, p=.000$) si mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que si acuden al ginecólog@ ($x= 4.00$) y las mujeres que no lo hacen ($x= 3.41$). Las mujeres que si acuden al ginecólog@ perciben menos control negativo, que las que no acuden.

Para la variable vives con tu pareja ($t_{(1,222)}=2.44, p=NS$) el análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que si viven actualmente con su pareja ($x= 3.83$) y las mujeres que no viven actualmente con su pareja ($x= 3.80$).

La variable control percibido negativo, solo tuvo diferencias de medias estadísticamente significativas con la variable acudes al ginecólog@. La hipótesis de existencia se cumple para esta variable, en la muestra si está presente la percepción de control negativo.

10.3 Variable Propuesta

Orientación Social

Para la escala que mide la orientación social de las participantes, el análisis factorial convergió en 32 interacciones, inicialmente se obtuvieron 8 componentes los cuales explicaban el 64.45% de la varianza total. Después de una revisión de los componentes a través de su coherencia conceptual y su coherencia empírica se decide conservar solo 3 factores. El primer factor conformado por 7 reactivos explicó el 15.4% de la varianza total, fue denominado “Solidaridad” con una confiabilidad de .797. El segundo factor que comprendió 6 reactivos explicó el 8.31% de la varianza total, fue nombrado “competitividad” con una confiabilidad de 8.31. El tercer factor conformado por 3 reactivos explicó el 6.80% de la varianza total y fue llamado “abnegación” con una confiabilidad de .7165.

FACTOR	REACTIVOS QUE LO INTEGRAN	CARGA FACTORIAL	ALFA
Solidaridad	Me siento bien cuando coopero con otros.	.803	.7977
	Es primordial para mi mantener la armonía dentro de mi grupo social	.794	
	Si un pariente estuviera en dificultades financieras, lo ayudaría hasta donde alcancen mis recursos.	.746	
	Si un compañero recibiera un premio estaría orgullosa.	.734	
	El bienestar de mis compañeros es importante para mí	.661	
	Mi felicidad depende mucho de la felicidad de los que están cerca de mí.	.522	
	Deberíamos mantener a nuestros padres en casa con nosotros cuando lleguen a ancianos.	.365	
Competitividad	Competir es una ley de la naturaleza	.785	.8237
	Disfruto trabajar en situaciones que implican competir con otros	.774	
	Sin competencia es imposible lograr una buena sociedad	.746	
	Ganar lo es todo	.531	
	Me molesto cuando otra gente hace las cosas mejor que yo	.311	
	Cuando otra persona hace las cosas mejor que yo me tenso y me enciendo	.357	
Abnegación	Podría hacer algo que complaciera a mi familia, aún si detesto esa actividad.	.852	.7165
	Podría sacrificar una actividad que disfrute mucho, si mi familia no lo acepta	.739	
	Frecuentemente sacrifico mi propio interés en beneficio de mi grupo social.	.719	

Solidaridad

La escala de orientación social tuvo un rango de 1(en desacuerdo totalmente) a 9 (de acuerdo totalmente). Para el factor Solidaridad el promedio fue de 7.84 con desviación de 1.30, la mayoría de las participantes reportaron ser solidarias.

El análisis de varianza de una vía no mostró, para la variable estado civil ($F(3,208)=.169$ $p=NS$) diferencias estadísticamente significativas ya que las medias estuvieron alrededor de 8, (casadas $x=7.85$, solteras $x=7.89$, divorciadas $x=7.91$, otro estado civil $x=7.69$) es decir que la mayoría estuvieron de acuerdo con los reactivos que conformaron este factor.

Para la variable a dónde acudes al ginecólog@ ($F(2,149)=.179$ $P=ns$) el análisis de varianza, no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que

acuden al ginecolog@ particular o de una institución privada ($x=7.90$), las que asisten al ginecolog@ a una institución pública ($x=8$) y las que asisten a las dos instituciones ($x=8$). Es decir la mayoría reportan ser mujeres solidarias.

El análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas para la variable vives actualmente con tu pareja ($t_{(1,187)}=.707$, $p=ns$), las mujeres que si viven actualmente con su pareja ($x= 7.88$) y las que actualmente no viven con su pareja ($x=7.73$) también reportan ser solidarias.

Para la variable acudes al ginecologo ($t_{(1,171)}=1.50$ $p=ns$) el análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas, la media de las mujeres que si acuden al ginecologo fue de 71.90 y para las mujeres que no acuden al ginecologo tuvieron una media de 7.57.

En la variable solidaridad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con ninguna variable socio-demográfica utilizadas en esta investigación, ya que la mayoría de las participantes mostraron ser solidarias.

Competitividad

La escala de competitividad también tuvo un rango de 1(en desacuerdo totalmente) a 9(de acuerdo totalmente), el promedio fue de 4.86 con una desviación de 1.99, la mayoría de las participantes mostraron ser poco competitivas.

El análisis de varianza de una vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil ($F_{(3,207)}=1,102$ $p=ns$), las medias estuvieron alrededor de 5 (casadas 4.96, solteras 5.12, divorciadas 4.57, otro estado civil 4.36).

Para la variable a dónde acudes al ginecolog@ ($F_{(2,149)}=.396$ $p=ns$) el análisis de varianza no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que van al ginecolog@ particular o de una institución privada ($x=4.72$), las mujeres que asisten al ginecolog@ de una institución pública ($x=4.99$) y para las que asisten a ambas instituciones ($x=4.60$).

El análisis t de student para la variable acudes al ginecólogo ($t_{(1,170)}=.211$ $p=ns$) no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que si acuden al ginecólog@ ($x= 4.82$) y las que no lo hacen ($x=4.74$).

Para la variable vives actualmente con tu pareja el análisis t de student no encontró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que si viven actualmente con su pareja ($x= 4.75$) y las mujeres que no lo hacen ($x=4.92$).

La variable Competitividad no mostró diferencias de medias estadísticamente significativas con ninguna de las variables socio- demográficas. La mayoría de las mujeres mostraron ser poco competitivas.

Abnegación

La escala de abnegación también tuvo un rango de 1(en desacuerdo totalmente) a 9(de acuerdo totalmente), el promedio fue de 5.01 con una desviación de 2.35. La mayoría de las participantes mostraron ser neutrales ante la abnegación por lo que se deduce que en ocasiones si son abnegadas y en otras ocasiones no lo son.

El análisis de varianza de una vía no mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil ($F_{(3,208)}=2.49$ $p=ns$), la media estuvo alrededor de 5 (casadas 5.19, solteras 4.13, divorciadas 4.95, otro estado civil 5.37)

Para la variable institución a la que asisten al ginecólog@ ($F_{(2,149)}=2.75$ $p=ns$), no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que asisten al ginecólog@ particular o de una institución privada ($x= 4.58$), las mujeres que acuden a una institución pública ($x= 5.43$) y las que acuden a ambas instituciones ($x= 4$).

El análisis t de student para la variable vives actualmente con tu pareja ($t_{(1,187)}=2.48$ $p<.05$) si mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que actualmente si viven con su ($x= 5.24$) y las que no viven actualmente con su pareja

($x=4.31$). Las mujeres que si viven actualmente con su pareja mostraron más abnegación o ser mas abnegadas, que las que no viven actualmente con su pareja.

Para la variable acudes al ginecólog@ ($t_{(1,171)}=-.420$ $p=ns$), el análisis t de student no mostró diferencias estadísticamente significativas, entre las mujeres que si van al ginecólog@ ($x= 4.83$) y las mujeres que no van ($x=4.99$).

La variable abnegación sólo mostró diferencias de medias estadísticamente significativas, con la variable vives actualmente con tu pareja, dejando que las mujeres que si viven con su pareja son más abnegadas que las que no lo hacen.

Para saber cuales mujeres de la muestra eran individualistas, colectivistas, solidarias, no solidarias, competitivas, no competitivas, abnegadas o no abnegadas; se tomó a las mujeres que se polarizaron en los reactivos de cada dimensión. (Véase siguiente tabla). Esto se realizó para observar como funcionaba el modelo teórico en estos diferentes grupos. (Véase apartado de Regresiones).

Grupo	N
Individualistas	57
Colectivistas	53
Poco Solidarias	58
Más Solidarias	44
Competitivas	57
No Competitivas	60
Abnegadas	43
No Abnegadas	50

10.4 CORRELACIONES

Se realizaron análisis de correlación de Pearson para todos los factores o variables del modelo teórico y a los factores o variables propuestas por esta investigación para saber que relación tenían entre sí.

El modelo teórico utilizado plantea una correlación entre las variables creencias actitudinales, creencias normativas y creencias de control. Ajzen (2001) supone que entre más creencias actitudinales más creencias normativas y más creencias de control, entre más creencias normativas más creencias actitudinales y más creencias de control y que entre más creencias de control más creencias actitudinales y más creencias normativas.

	Creencias Actitudinales Negativas	Creencias Normativas Negativas	Creencias de Control Negativas
Creencias Actitudinales Negativas			
Creencias Normativas Negativas	.729**		
Creencias de Control Negativas	.518**	.461**	

**p < .001, * < .005

Como se observa en la tabla se encontraron correlaciones entre todos los factores o variables de creencias como el modelo lo supone. En este caso las creencias estuvieron dadas por una dirección negativa lo cual no modifica el modelo ya que todas correlacionaron en la misma dirección, por ejemplo; entre más creencias actitudinales negativas más creencias normativas negativas y más creencias de control negativas.

Se realizó otro análisis de correlación para conocer la relación de los factores, Actitudes positivas, Normas subjetivas positivas, Control Percibido Negativo y Control Percibido positivo, con sus respectivos factores de creencias. Cómo lo muestra la tabla si correlacionaron, pero también lo hicieron con otros factores, sin embargo la correlación más alta fue con sus creencias respectivas, el único factor que no correlacionó con las

creencias que le correspondían fue el Control percibido Positivo pero si correlacionó aunque muy bajo, con las creencias Normativas negativas.

	Creencias Actitudinales Negativas	Creencias Normativas Negativas	Creencias de Control Negativas
Actitudes Positivas	-.513**	-.512**	-.199**
Norma Subjetiva Positiva	-.168**	-.268**	-.109
Control Percibido Positivo	-.027	-.156*	.029
Control Percibido Negativo	.522**	.405**	.468**

**p < .001, * < .005

Las correlaciones mostraron que a mayor Creencias Actitudinales Negativas menores Actitudes Positivas, que entre más Creencias Normativas Positivas menor Norma subjetivas positiva y que entre más Creencias de control Negativo más control Percibido negativo.

Para conocer que relaciones tienen los factores actitudes positivas, normas subjetivas positivas, control percibido negativo, control percibido positivo e intención, se realizó un análisis de correlación.

	Actitudes positivas	Norma subjetiva positiva	Control percibido positivo	Control percibido negativo	Intención o propósito
Actitudes positivas					.417**
Norma subjetiva positiva	.365**				.291**
Control percibido positivo	.317**	.249**			.148*
Control percibido negativo	-.180**	-.243**	-.078		-.300**

**p < .001, * < .005

Como se observa en la tabla todos, los factores correlacionaron con la intención, mostrando que entre más actitudes positivas más intención, entre mas norma subjetiva mas intención entre más control percibido positivo más intención entre más control percibido negativo

menor intención. También los factores correlacionaron entre sí, sin embargo el modelo teórico no reconoce esas relaciones.

Para saber si existen relaciones entre los factores Control percibido Positivo y Control Percibido Negativo y la Conducta se realizó otro análisis de correlación, mostrando que solo el factor Control Percibido negativo correlaciona con la conducta (véase la tabla siguiente), resultando que entre más control percibido negativo mas conducta, aquí los datos contradicen la teoría ya que Ajzen (2001), supondría que entre mas control percibido negativo menor conducta.

	Control Percibido Positivo	Control Percibido Negativo	Conducta
Control Percibido Positivo			
Control Percibido Negativo	-.078		
Conducta	-.012	.171**	

**p < .001, * < .005

Como lo muestra la siguiente tabla el análisis de correlación para los factores Conducta de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou e Intención o propósito de realizarse el Papanicolaou no encontró relación alguna entre los factores.

	Intención o propósito de realizarse el Papanicolaou
Conducta de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou	-.056

Después de mostrar los resultados de los análisis de correlación efectuados a los factores del modelo teórico, se presentan ahora los resultados de la correlación entre los factores propuestos por esta investigación y los factores del modelo teórico.

	Solidaridad	Competitividad	Abnegación
Solidaridad			
Competitividad	-.068		
Abnegación	.120	.269**	
Creencias Normativas Negativas	.132	-.200**	-.267
Norma Subjetiva Positiva	-.268**	.031	-.016
Conducta	.149*	.079	.018
Intención	-.114	.122	.003
Creencias Actitudinales Negativas	.097	-.203**	-.292**
Actitud Negativa	-.156*	.079	.122
Control Percibido Positivo	-.017	-.118	-.131
Control Percibido Negativo	.186**	-.020	-.165**
Creencias de Control Negativas	.096	-.187**	-.176*

Como se observa en la tabla el factor solidaridad correlacionó con los factores Norma Subjetiva Positiva, Conducta, Actitud Negativa y Control Percibido Negativo. Mostrando que entre mas solidaridad menos norma subjetiva positiva, a mayor solidaridad mayor conducta, entre mas solidaridad menos Actitudes Positivas, y entre mas solidaridad mas control percibido negativo.

El factor competitividad mostró correlación con los factores Abnegación, Creencias Normativas Negativas, Creencias Actitudinales Negativas y Creencias de Control Negativas. Observando que a mayor Competitividad mayor Abnegación, a mayor Competitividad menores Creencias Normativas Negativas, a mayor Competitividad menores Creencias Actitudinales Negativas y que a mayor Competitividad menores Creencias de Control Negativas.

El factor Abnegación correlacionó con los factores, Competitividad, Creencias Normativas Negativas, Creencias Actitudinales Negativas, Control Percibido Negativo y Creencias de control Negativas. Mostrando que entre mas abnegación mas competitividad, entre mas abnegación menos creencias normativas negativas, entre mas abnegación menos Creencias Actitudinales Negativas, entre mas abnegación menos Control Percibido Negativo y que entre mas abnegación menos Creencias de control Negativas.

Las correlaciones realizadas a los factores teóricos como plantea el modelo en la mayoría de los casos se confirmaron, sin embargo el modelo teórico va mas a ya, de solo ver la relación que existe entre las variables ya que plantea una relación de causalidad. Por lo que el siguiente apartado se dedica a encontrar estas relaciones de causalidad propuestas, a través de la realización de análisis de Regresión.

10.5 REGRESIONES

Se realizaron análisis de regresión paso a paso (stepwise), para cada uno de los factores, con la relación causal que el modelo teórico empleado en esta investigación plantea. (Véase *diagrama 1*). Posteriormente se realizó un último análisis de regresión para la dimensión Conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou tomando como variables predictoras todas las dimensiones que contempla el modelo hacia conducta (Véase *diagrama 6*).

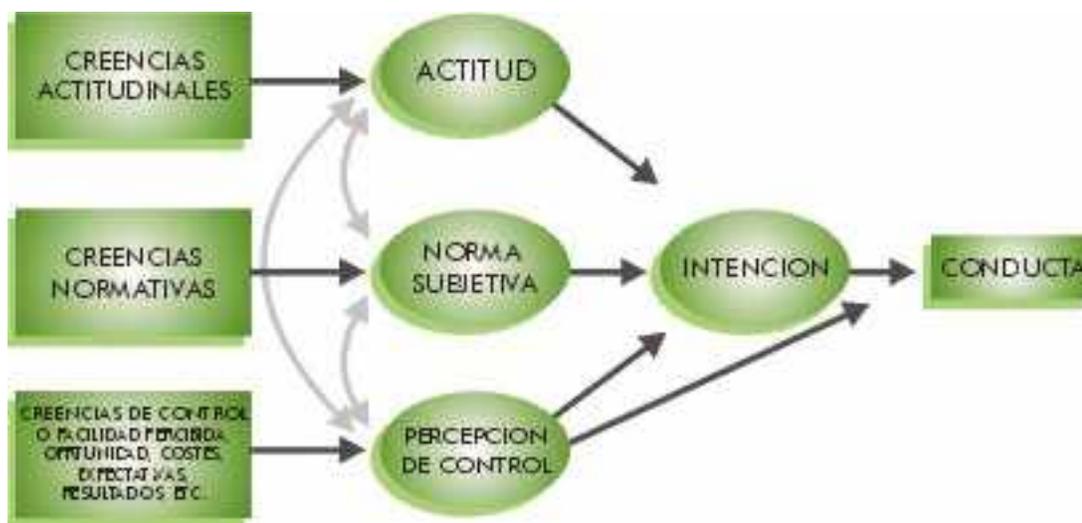


Diagrama 1

El análisis de regresión para la dimensión Actitud Positiva $F_{(1,249)}=89.11$ con $p<.001$ mostró una $R^2=.21$ quedando como variable predictora la dimensión Creencias Actitudinales Negativas con una $\beta=-.462$. Así entre más Creencias Actitudinales Negativas respecto a la realización de la prueba del Papanicolaou se tengan, influirá directamente para que exista una menor Actitud Positiva hacia la prueba del Papanicolaou.

Para la dimensión Norma Subjetiva Positiva $F_{(1,247)}=18.38$ con $p<.001$, el análisis arrojó una $R^2=.066$ tomando como variable predictora a la dimensión Creencias Normativas Negativas con $\beta=-.264$. Encontrando que entre más creencias Normativas Negativas

respecto de la realización del Papanicolaou se tengan, tendrá un impacto directo sobre el hecho de que se tenga menor Norma Subjetiva Positiva con relación a la practica del Papanicolaou.

Para la dimensión Control Percibido Negativo ($F_{(1,249)}=70.39$ con $p<.001$) el análisis produjo una $R^2=.21$ quedando la dimensión Creencias De Control Negativas como variable predictora con $\beta=.470$. Es decir que entre más Creencias de Control Negativas respecto de la realización del Papanicolaou se tengan, tendrá un efecto directo ya que produce que se tenga un Control Percibido Negativo.

Para la dimensión Control Percibido Positivo ($F_{(1,249)}=.133$ con $p<.01$) el análisis mostró una $R^2=.41$ para la dimensión Creencias de Control Negativas con una $\beta=-.212$ quedando como variable predictora. Es decir que entre más Creencias de Control Negativas se tengan respecto de la prueba del Papanicolaou, determinará que exista menos Percepción de Control Positivo en cuanto a la realización del Papanicolaou.

Como puede observarse en el siguiente diagrama, la primera parte del modelo se conservó, a pesar de que el factor Creencias de Control Negativas no predijera al Control Percibido Positivo, ya que las creencias de Control Positivo si muestran esa causalidad.

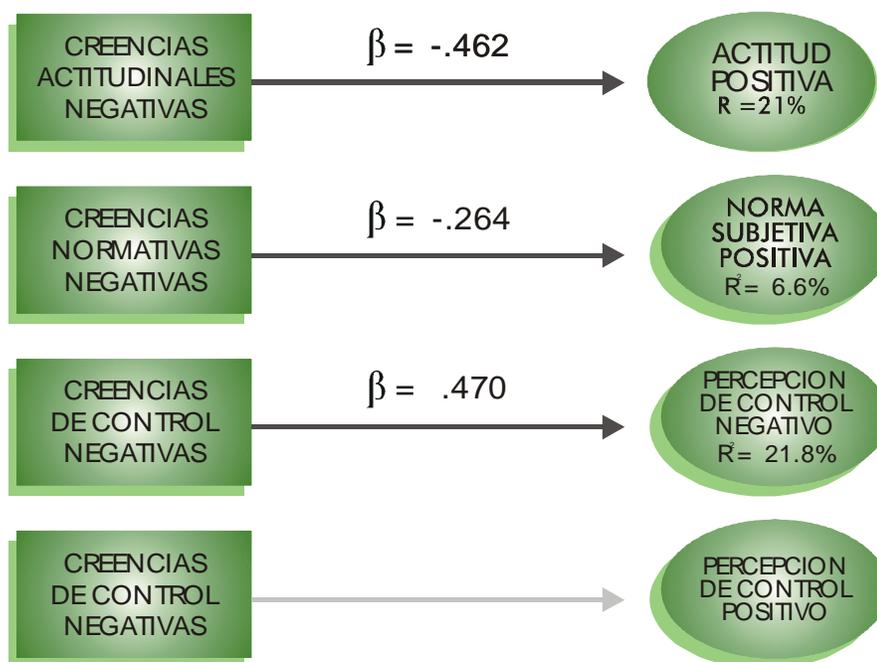


Diagrama 2

Para la dimensión Propósito de Asistir a Realizarse el Papanicolaou ($F(2, 247)=39.90$ con $p<.001$) se tomó a las dimensiones Actitud Positiva, Norma Subjetiva Negativa, Control Percibido Negativo y Control Percibido Positivo como variables presumiblemente predictoras, arrojando el análisis una $R^2=.240$, sin embargo sólo 2 variables resultaron predictoras. La Actitud Positiva con $\beta=.391$ y el Control Percibido Negativo con $\beta=-.242$. Así entre más actitud positiva hacia la realización del Papanicolaou se tenga influirá directamente para que se tenga mayor intención o propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou. Y entre más Control Negativo se perciba para realizarse el Papanicolaou influirá directamente para que se tenga menor Intención o propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou (Véase diagrama 3).

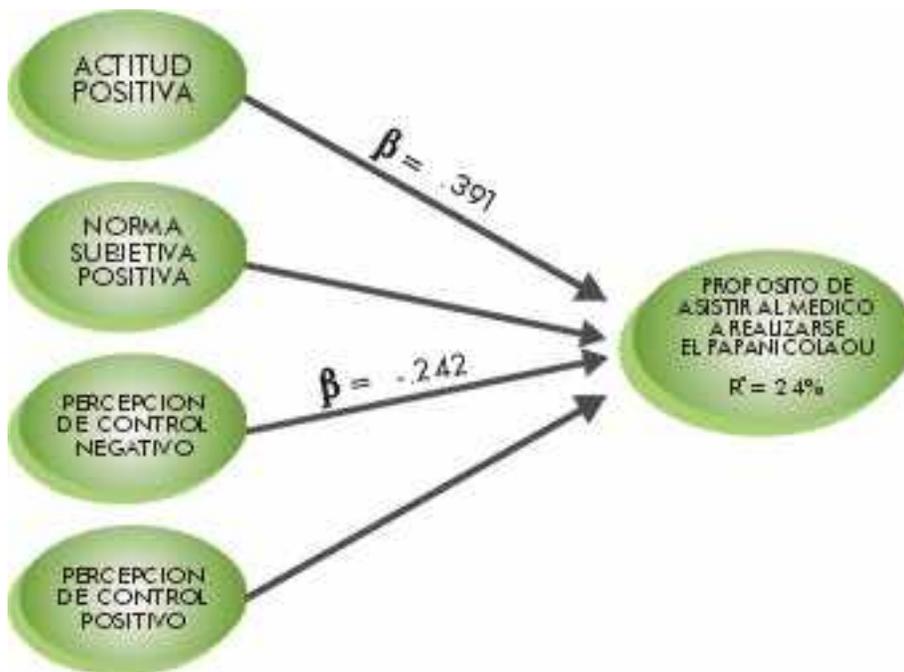


Diagrama 3

Como muestra el diagrama, el modelo teórico no fue conservado ya que no se encontró relación de causalidad en las variables Control Percibido Positivo y Norma Subjetiva Positiva Hacia la Intención o Propósito.

Para la dimensión Conducta ($F(1,249)=1.141$) el análisis no mostró a la dimensión Propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou como variable predictor.

Para la dimensión Propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou ($F_{(2,249)}=14.87$ con $p<.001$) el análisis mostró una $R^2=.100$ quedando como variables predictoras la dimensión Control Percibido Negativo con $\beta=-.294$ y la dimensión Control Percibido Positivo con $\beta=.123$. Cuando se perciba mayor Control Negativo respecto de la realización del Papanicolaou influirá para que se tenga menor Propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou. Cuando exista una mayor Percepción de Control Positivo esto influirá para que se tenga mayor Propósito de asistir al médico a realizarse el Papanicolaou.

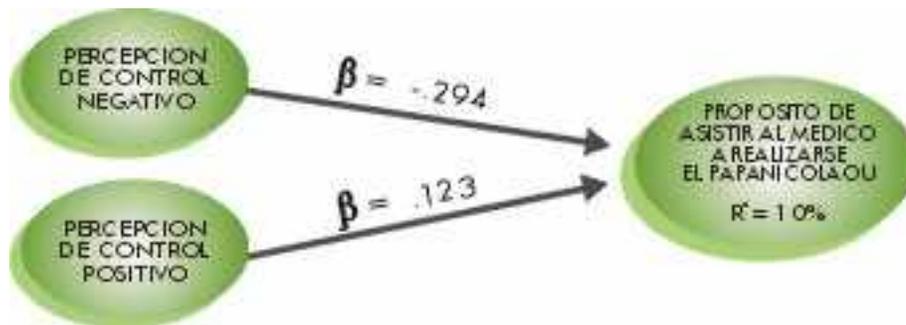


Diagrama 4

Como se observa en el diagrama anterior, la existencia de causalidad estadística directa entre las creencias de Control y la Percepción de Control que modelo teórico propone, si se cumple.

Para la dimensión Conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou ($F_{(1,249)}=8.983$ con $p<.005$) el análisis mostró una $R^2=.29$ quedando como variable predictoras la dimensión Control Percibido Negativo con $\beta=.182$ (Véase diagrama 5). Se encontró que, al contrario de lo que supone el modelo teórico, cuando exista mayor Percepción de Control Negativo influirá para que si se tenga la conducta de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

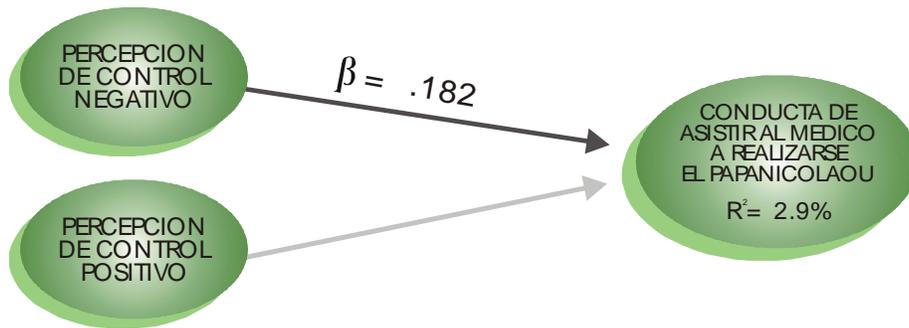


Diagrama 5

Una vez observadas las relaciones entre las dimensiones que plantea el Modelo Teórico, el siguiente diagrama muestra el Modelo completo para la muestra en general.

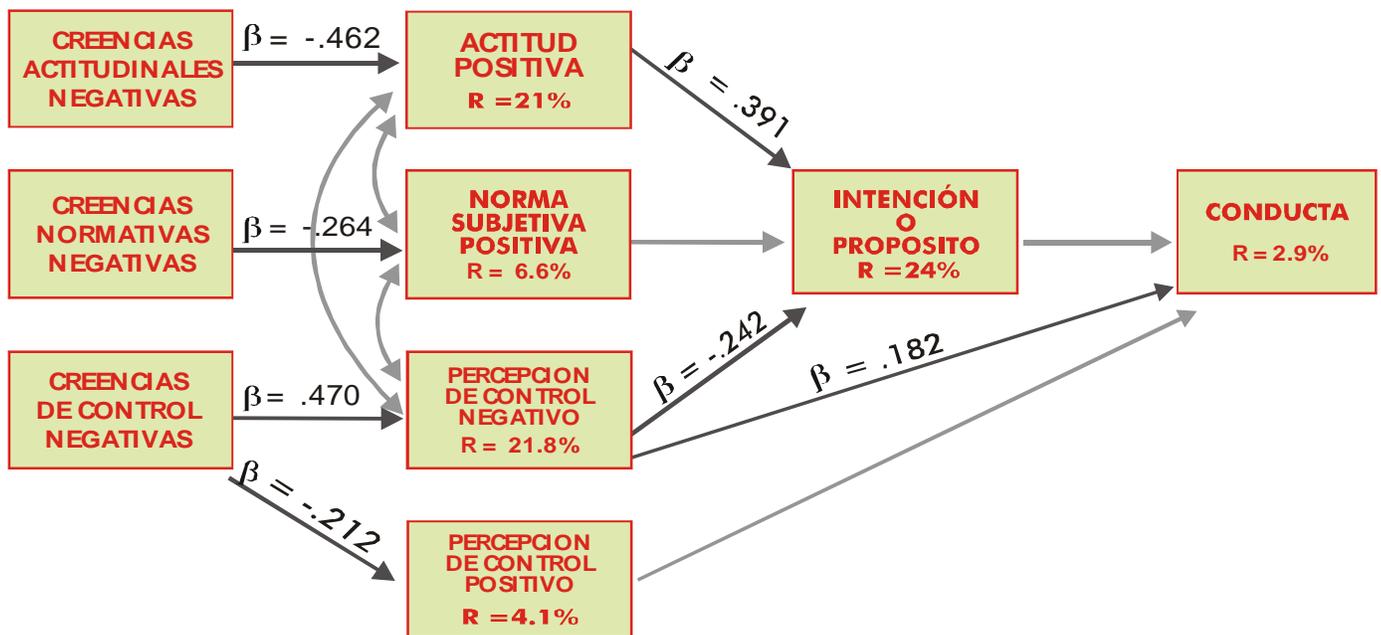


Diagrama 6

Después de haber aplicado el modelo que plantea la teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1985) se realizó un análisis de regresión donde se toma a todas las dimensiones

como variables presumiblemente predictoras de la dimensión conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou.

El análisis arrojó una $R^2=.109$ quedando como variables predictoras sólo las Creencias Normativas Negativas con $\beta=-.297$, la Norma Subjetiva Positiva con $\beta=-.184$ y la Percepción de Control Positivo con $\beta=.264$.(Véase *diagrama 7*). Así entre más Creencias Normativas Negativas respecto de la realización de Papanicolaou se tengan, se acudirán menos al médico a practicárselo. Entre más Norma Subjetiva Positiva respecto a la realización del Papanicolaou se tenga, influirá directamente para que se acuda menos al médico a realizarse el Papanicolaou. Y entre más Percepción de Control Positivo para realizarse el Papanicolaou se posea, influirá para que si se tenga la conducta de asistir al médico a practicarse el Papanicolaou.

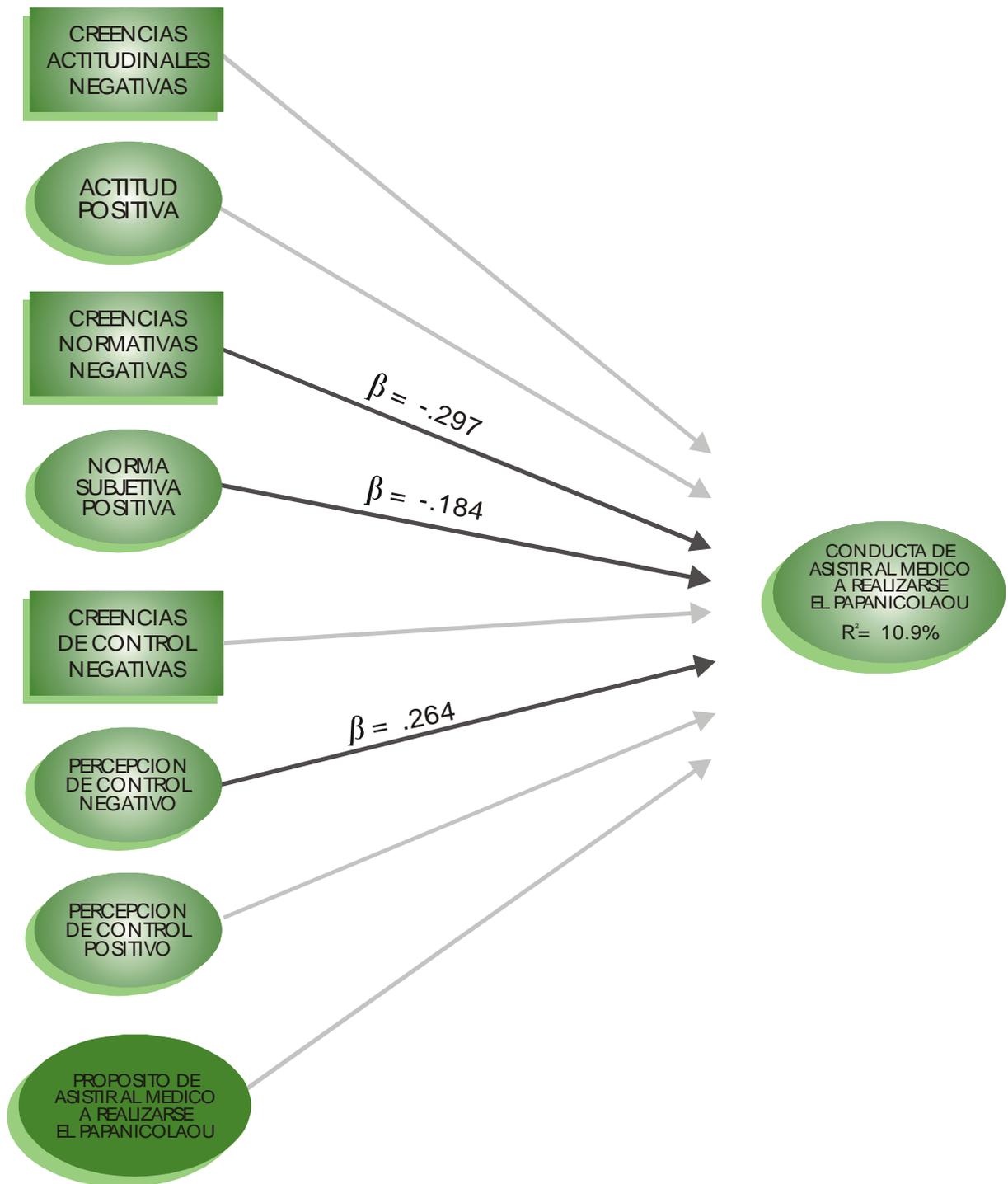


Diagrama 7

Después observar como funcionó el Modelo de la teoría de la Conducta Planeada, en la muestra elegida en general. A continuación se presenta lo que ocurrió con el Modelo en los grupos (individualistas, colectivistas, más solidarias, poco solidarias, no competitivas, competitivas, abnegadas y no abnegadas) que la variable propuesta por esta investigación arrojó.

Mujeres Poco Solidarias

Para el grupo de las mujeres poco solidarias, el análisis de regresión para la dimensión Percepción de Control Negativo arrojó una $R^2=.157$ quedando como variable predictoras las Creencias de Control Negativas con $\beta=.415$, es decir que entre más Creencias de Control Negativo respecto de la realización del Papanicolaou se tengan determinará que se tenga una Percepción de Control Negativo.

En la dimensión Intención o Propósito de acudir a practicarse el Papanicolaou sólo quedaron como variables predictoras la Norma subjetiva Positiva con $\beta=.271$ y la Percepción de Control Positivo con $\beta=.281$. Es decir el que se tenga una Norma subjetiva Positiva y una Percepción de Control Positivo determinará que las mujeres tengan la intención de acudir a practicarse el Papanicolaou. Sin embargo la intención de asistir no determina que se realicen el Papanicolaou.

En conclusión el Modelo Teórico en este grupo quedó incompleto como lo muestra el siguiente diagrama.

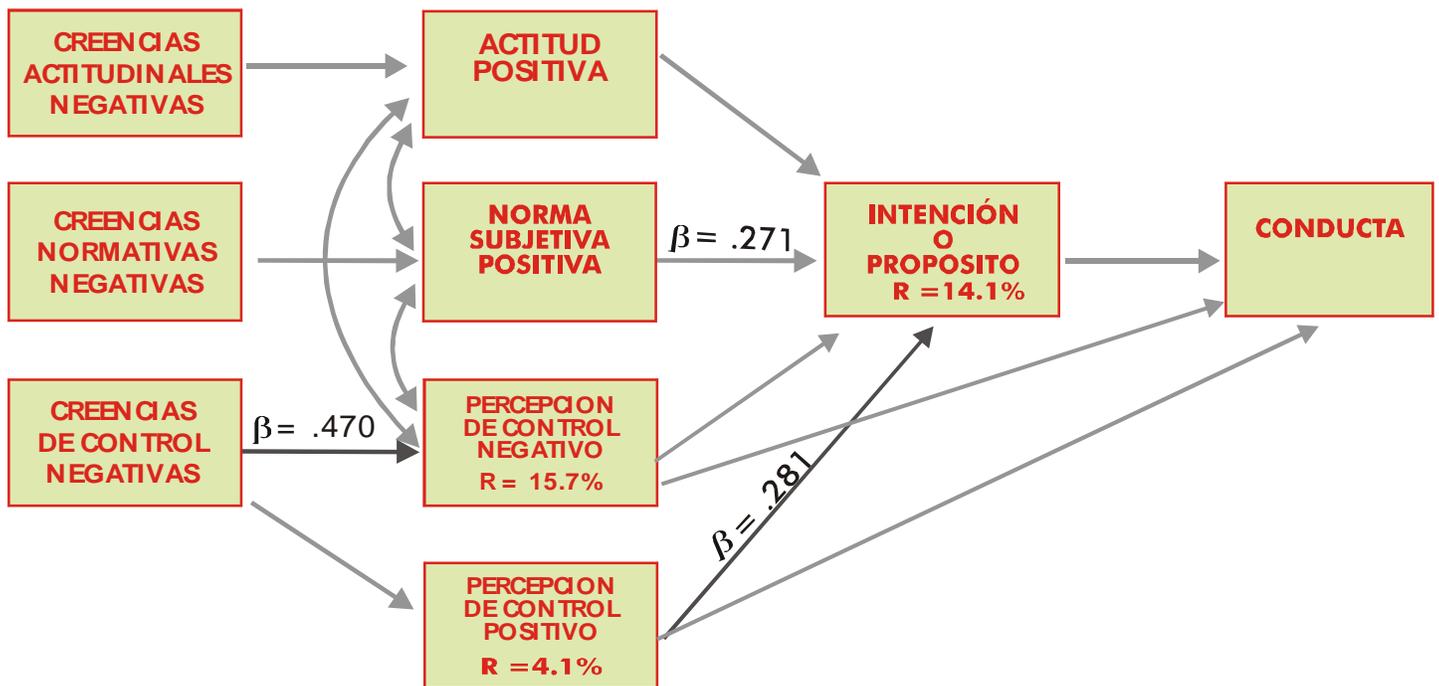


Diagrama 8

Cuando se corrió el análisis de regresión de todas las variables hacia conducta en el grupo de mujeres poco solidarias, se encontró que sólo las Creencias Normativas Negativas con $\beta = -.391$ y la Percepción de Control Negativo con $\beta = .346$, quedaron como variables predictoras de la conducta arrojando una $R^2 = .158$. Entre más creencias normativas Negativas se tengan esto influirá directamente para que no se tenga la conducta de practicarse el Papanicolaou y entre más Percepción de Control Negativo se posea determinará que estas mujeres si realicen la conducta de practicarse el Papanicolaou. (Véase diagrama 9).

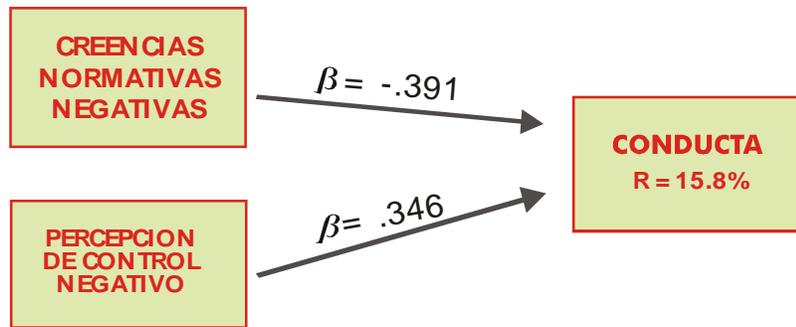


Diagrama 9

Para el grupo de mujeres poco solidarias el modelo teórico quedó incompleto y las variables que predicen la Conducta son las Creencias Normativas Negativas y la Percepción de Control Negativo.

Mujeres Más Solidarias

El análisis de regresión para observar como funcionaba el modelo teórico completo en este grupo, sólo arrojó una relación (Véase diagrama 10). La dimensión Control Percibido Negativo con $R^2=.117$ mostró como variable predictora a las Creencias de Control Negativas con $\beta=.371$, es decir que entre más Creencias de Control Negativas se tengan, eso determinará que exista una Percepción de Control Negativo.

Cuando se realizó el análisis de regresión de todas las variables hacia la conducta, ninguna variable apareció como predictora, para este grupo las variables que contempla el modelo teórico no determinan la conducta de asistir a practicarse el Papanicolaou.

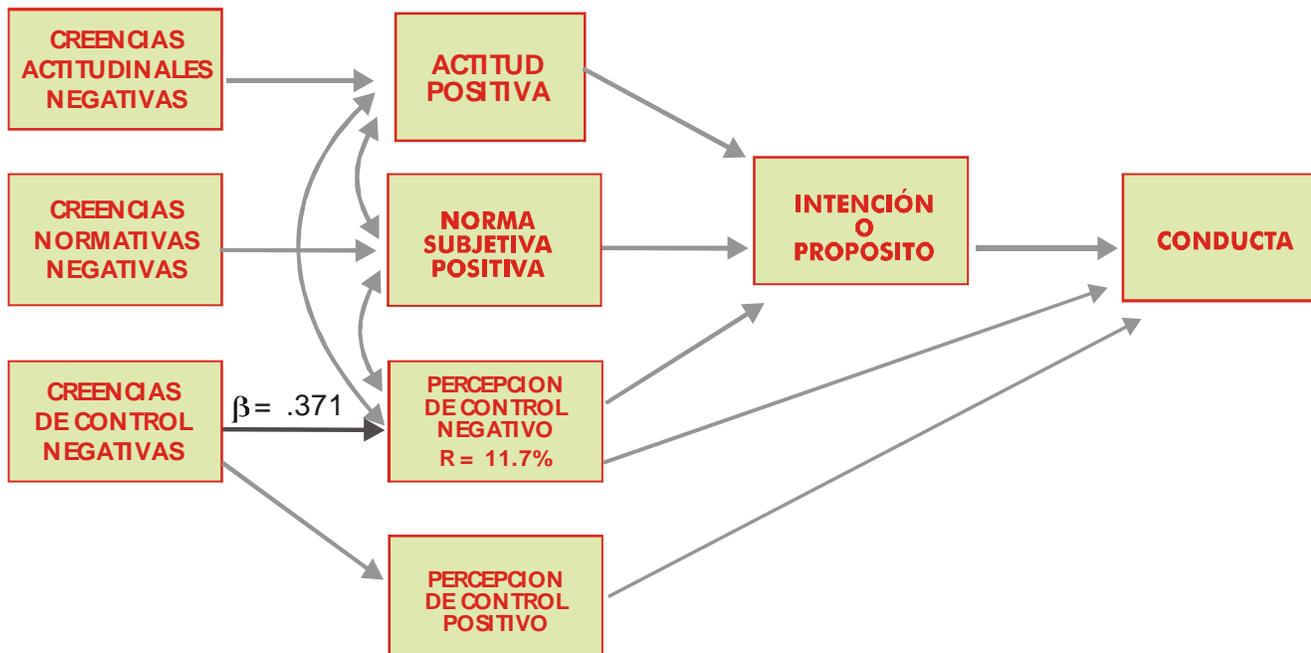


Diagrama 10

Mujeres No Competitivas

Al igual que en el grupo anterior (mujeres más solidarias), cuando se realizó el análisis de regresión para observar el modelo completo, sólo se encontró una relación (Véase siguiente diagrama), la dimensión Percepción de Control Negativo con $R^2=.91$ tuvo como variable predictora a las Creencias de Control Negativas con $\beta=.371$. Así entre más Creencias de Control Negativas se tengan determinará que se tenga una Percepción de Control Negativo respecto de la realización del Papanicolaou.

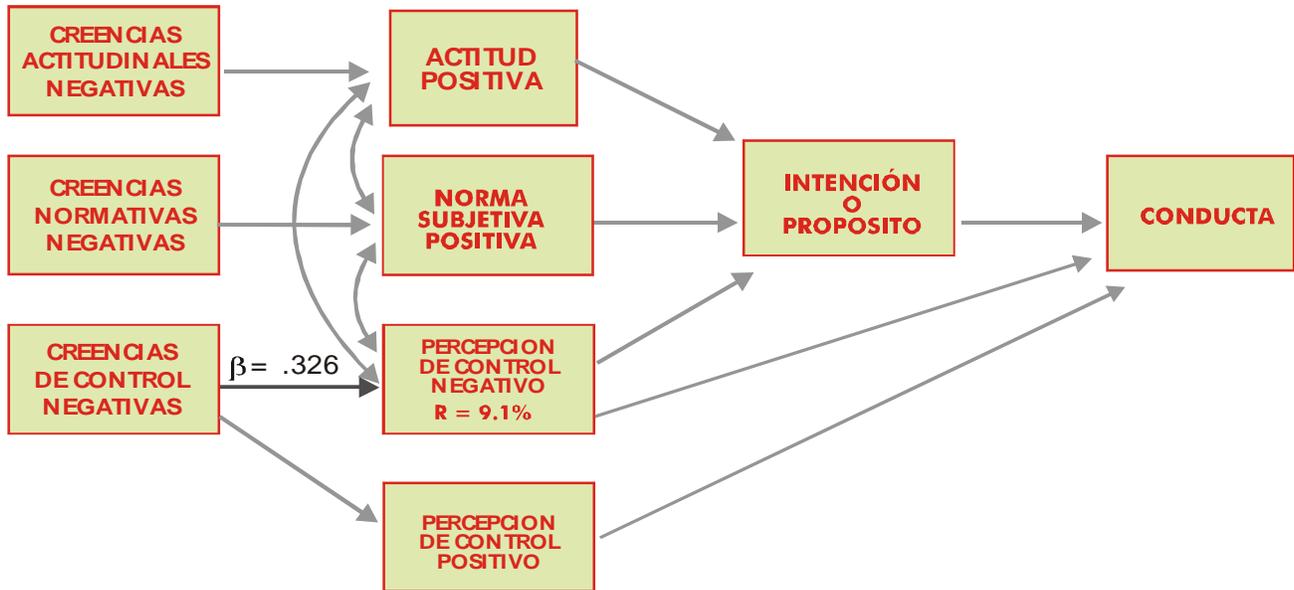


Diagrama 11

El análisis de regresión, de todas las variables hacia conducta, sólo mostró a la Percepción de Control Positivo con $R^2=.84$, cómo la única variable predictor con $\beta=.315$ como lo muestra el siguiente diagrama, es decir que entre más Percepción de Control Positivo se tenga influirá directamente para que se acuda a realizarse el Papanicolaou,

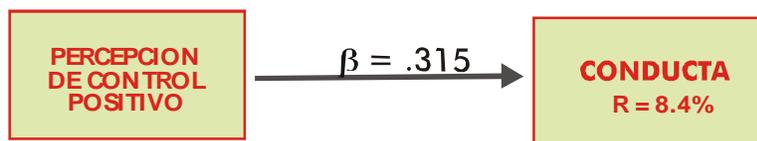


Diagrama 12

Mujeres Competitivas

Para observar el modelo teórico completo en esta población, se corrieron análisis de regresión sin embargo también es este grupo el modelo quedó incompleto (obsérvese diagrama 13).

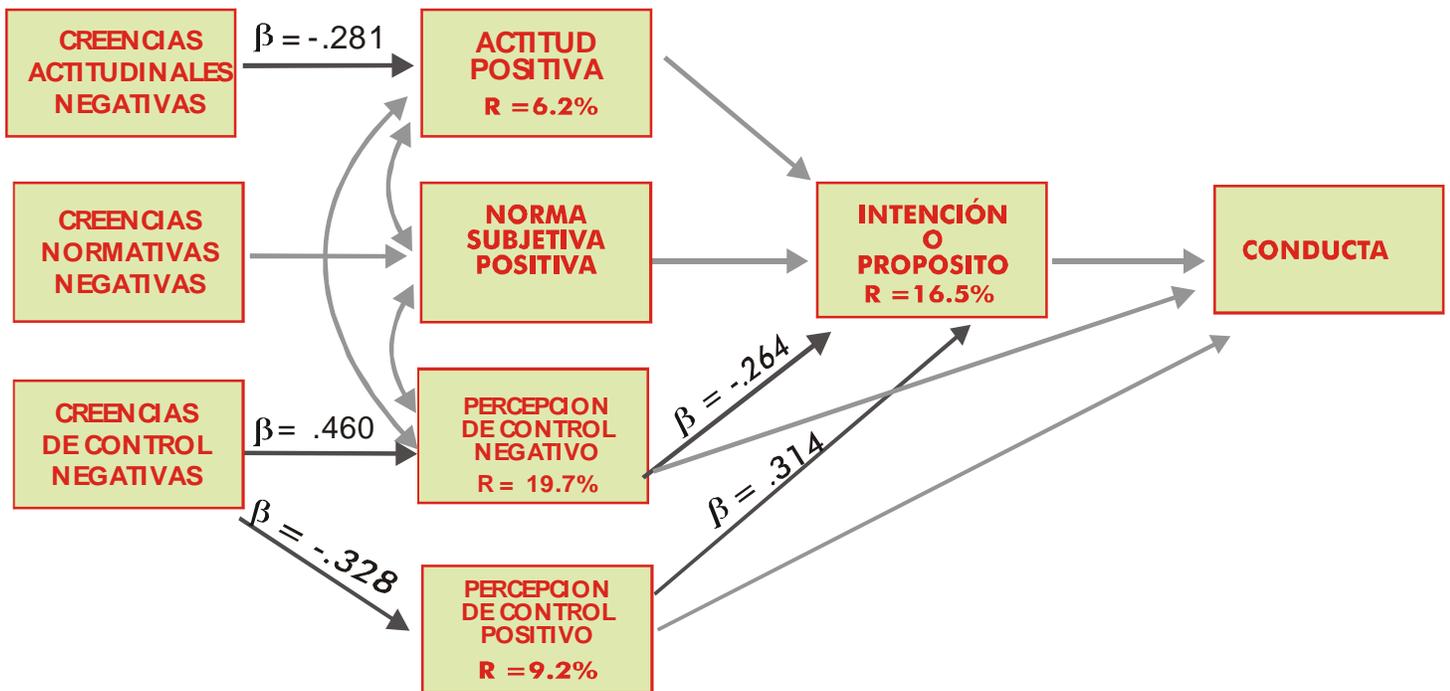


Diagrama 13

Para la dimensión Actitud Positiva el análisis mostró una $R^2=.62$ quedando como variable predictora las Creencias Actitudinales Negativas con una $\beta=-.281$. Es decir que entre más Creencias Actitudinales Negativas se tengan determinará que no exista una Actitud Positiva respecto de la realización del Papanicolaou.

El análisis de regresión para la dimensión Percepción de Control Negativo arrojó una $R^2=.197$ mostrando como variable predictora a las Creencias de Control Negativas con $\beta=.460$. Así entre más Creencias de Control Negativo se tengan afectará directamente para que exista una Percepción de Control Negativo respecto de la realización del Papanicolaou.

En la dimensión Percepción de Control Positivo el análisis mostró una $R^2=.92$ quedando como variable predictora las Creencias de Control Negativas con una $\beta=-.328$. Esto significa que entre más Creencias de Control Negativas se posean determinará que sea más baja la Percepción de Control Positivo respecto de la realización del Papanicolaou.

Para la dimensión Intención el análisis arrojó una $R^2=.165$ quedando como variables predictoras la Percepción de Control Negativo con $\beta=-.264$ y la Percepción de Control Positivo con $\beta=.314$. Es decir que habrá mayor intención de acudir al médico a realizarse el Papanicolaou, si existe una menor percepción de Control Negativo y en cambio exista mayor Percepción de Control Positivo.

Cuando se corrió el análisis de regresión de todas las variables hacia conducta, tampoco se encontró que alguna variable fuera predictora.

Mujeres No Abnegadas

El modelo teórico completo en este grupo no se cumple en su totalidad ya que las variables que no aparecen como predictoras son la Actitud Positiva (de la intención), la Percepción de Control Positivo (de la intención y de conducta) y la Percepción de Control Negativo (de conducta). (Véase diagrama 14).

Para la dimensión Actitud Positiva el análisis de regresión mostró una $R^2=.63$ quedando como variable predictora las Creencias Actitudinales Negativas con $\beta=-.286$. Es decir que entre más Creencias Actitudinales Negativas se tengan determinará que no se tenga una Actitud Positiva hacia la practica del Papanicolaou.

El análisis para la dimensión Norma Subjetiva Positiva mostró una $R^2=.211$ dejando a las Creencias Normativas Negativas como variable predictora con $\beta =-.477$. Así entre mas Creencias Normativas Negativas se tengan influirá directamente para que exista menor Norma Subjetiva Positiva respecto de acudir a realizarse el Papanicolaou.

En la dimensión Percepción de Control Negativo el análisis arrojó una $R^2=.102$ quedando como variable predictora las Creencias de Control Negativas con $\beta =.347$. Entre mas Creencias de Control Negativas se tengan determinará que exista una Percepción de Control Negativo.

Para la dimensión Intención el análisis arrojó una $R^2=.34$ dejando como variables predictoras a la Norma Subjetiva Positiva con $\beta =.410$ y El Control Percibido Negativo con $\beta =-.340$. Es decir que entre más Norma Subjetiva Positiva y menos Percepción de Control Negativo se tenga determinará que exista la Intención de acudir a realizarse el Papanicolaou.

El análisis de regresión para la dimensión Conducta arrojó una $R^2=.86$ quedando la Intención como variable predictora con $\beta =-.324$. Esto quiere decir que entre más intención de practicarse el Papanicolaou se posea, influirá para que no se acuda a practicárselo.

El análisis de regresión de todas las variables a conducta no mostró a ninguna variable como predictora.

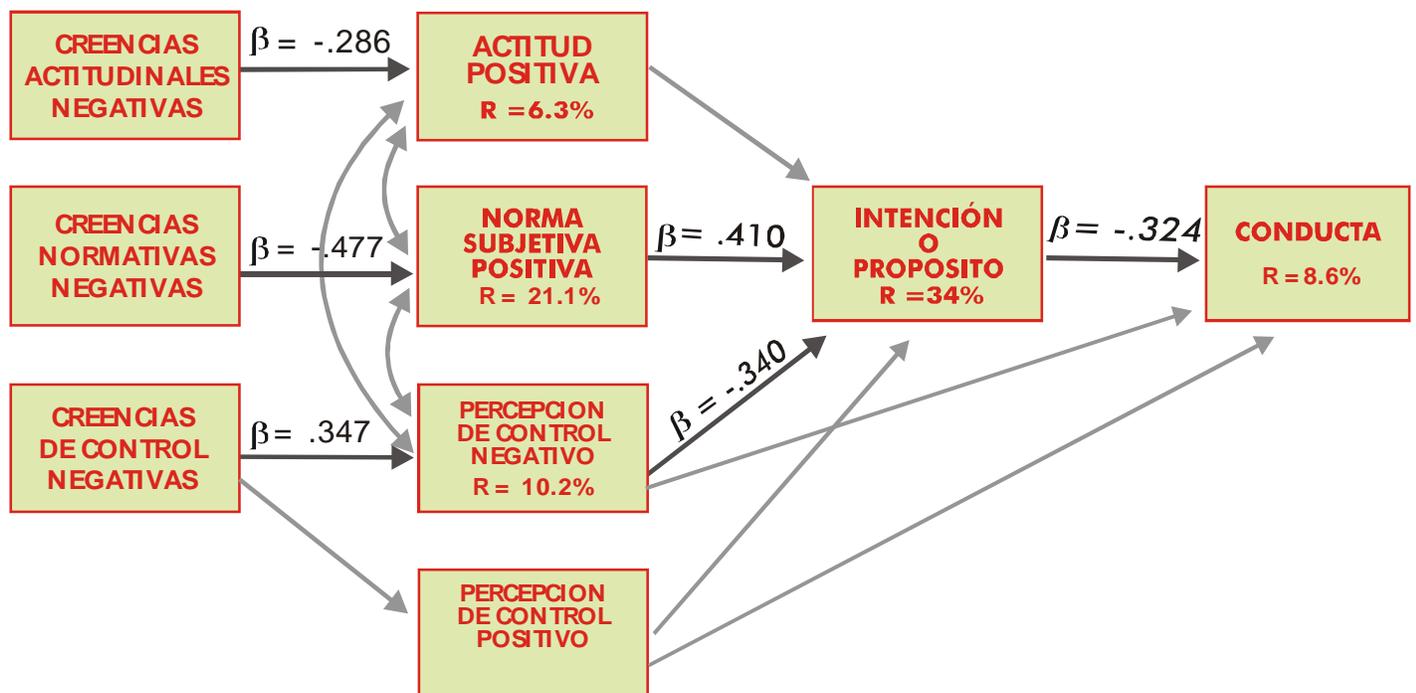


Diagrama 14

Mujeres Abnegadas

Al realizar los análisis de regresión, para observar como funcionaba el modelo completo, sólo mostró una relación. En la variable Percepción de Control Negativo con $R^2=.95$ quedando como variable predictora las Creencias de Control Negativas con $\beta =.341$. Sólo

se encontró que entre más Creencias de Control Negativas se tengan determinará que exista una Percepción de Control Negativo hacia la realización del Papanicolaou.

Tampoco se encontró ninguna relación, cuando se realizó el análisis de todas las variables hacia conducta.

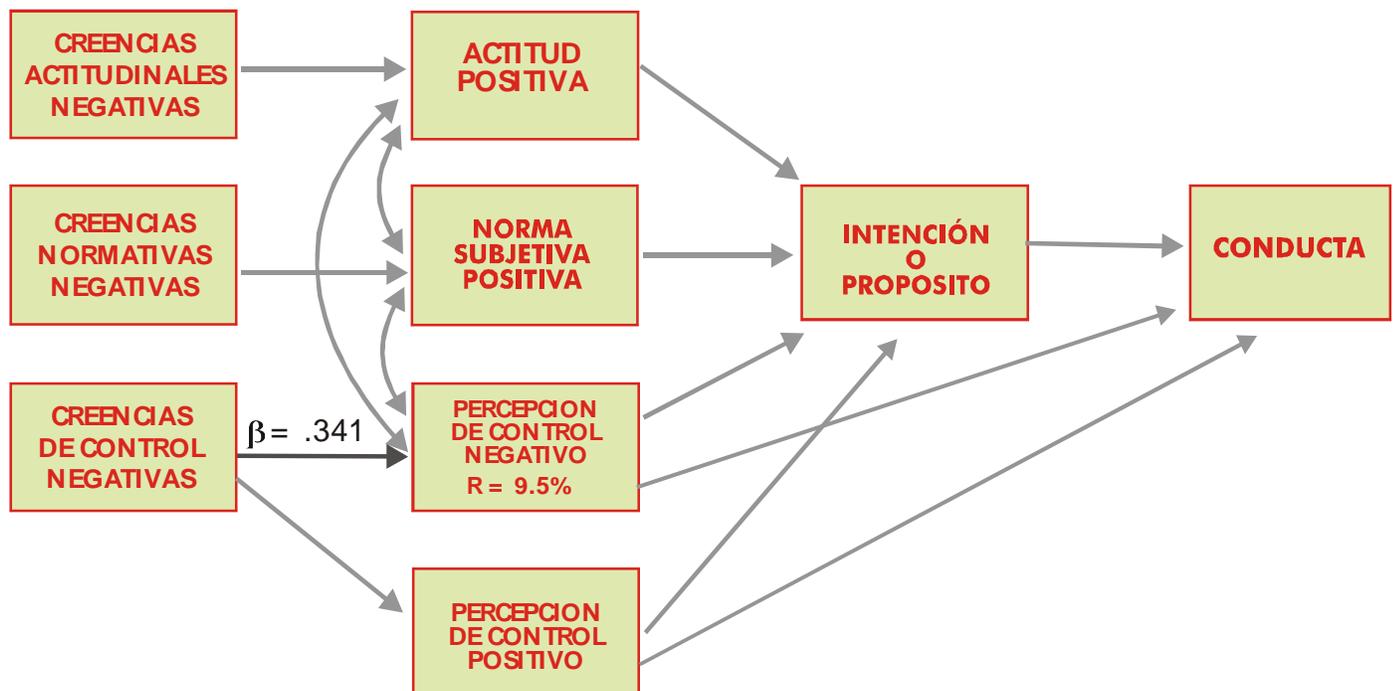


Diagrama 15

Mujeres Individualistas

Al realizar los análisis de regresión en este grupo, para probar el modelo completo sólo se encontró una relación en la dimensión Actitud Positiva arrojando una $R^2 = .52$ dejando como variable predictora a las Creencias Actitudinales Negativas con $\beta = -.262$. Así entre más Creencias Actitudinales Negativas se tengan influirá directamente para que haya una menor Actitud Positiva hacia la realización del Papanicolaou.

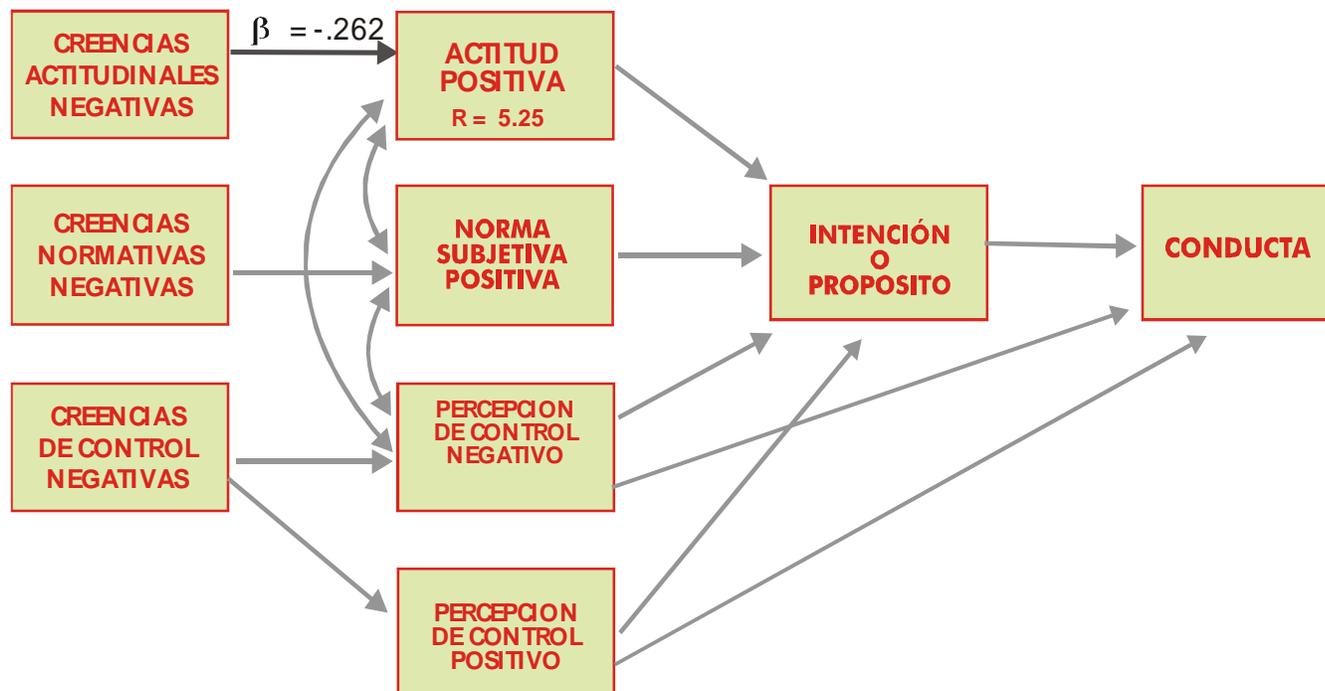


Diagrama 16

Quando se corrió el análisis de regresión para observar que pasaba con todas la variables hacia conducta, sólo quedaron tres como predictoras de esta, arrojando una $R^2=.225$. La Norma Subjetiva Positiva con $\beta =-.354$, la Percepción de Control Negativo con $\beta=.297$ y la Percepción de Control Positivo con $\beta =.275$. Entonces entre más Norma Subjetiva Positiva se tenga determinará que no se acuda a practicarse el Papanicolaou. Sin embargo paradójicamente se encontró que entre más Percepción de Control Positivo se tenga ó entre más Percepción de Control Negativo se posea influirá para que se acuda a practicarse el Papanicolaou.

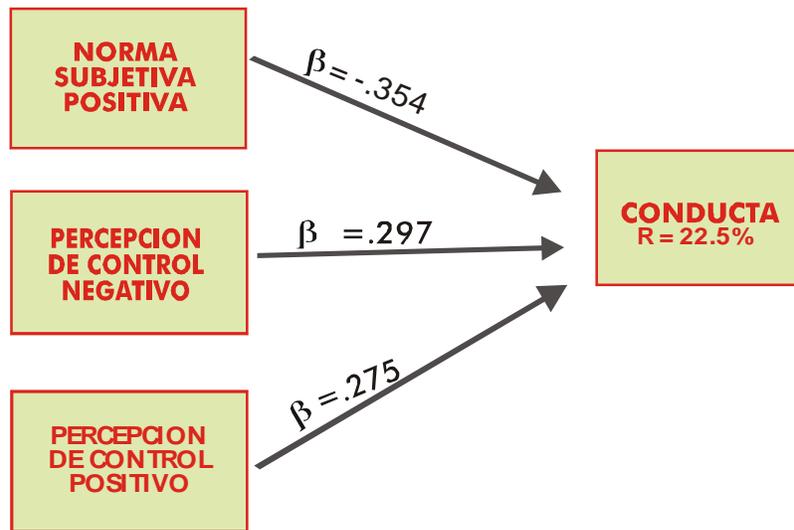


Diagrama 17

Mujeres Colectivistas

En este grupo el modelo completo no se cumple en su totalidad. Ya que sólo se encontraron 4 relaciones. El análisis de regresión para la dimensión Actitud Positiva arrojó una $R^2=.83$ dejando a las Creencias Actitudinales Negativas como variable predictora con $\beta =-.317$. Así que entre más Creencias Actitudinales Negativas se tengan determinará que exista menor Actitud Positiva hacia la realización del Papanicolaou.

Para la dimensión Percepción de Control Negativo el análisis produjo una $R^2=.155$ quedando como variable predictora las Creencias de Control Negativas con $\beta =.414$. Así entre más Creencias de Control Negativas se tengan determinará que haya una Percepción de Control Negativo.

El análisis para la dimensión Percepción de Control Positivo mostró una $R^2=.77$ dejando a la variable Creencias de Control Negativas como predictora con $\beta =-.308$. Entendiendo que entre más Creencias de Control Negativas se tengan influirá directamente para que exista una Percepción de Control Positivo respecto de la realización del Papanicolaou.

Para la dimensión Intención el análisis produjo una $R^2=.122$ quedando como variable predictora la Percepción de Control Negativo con $\beta = -.373$. Así entre más Percepción de Control Negativo se tenga influirá directamente para que exista una menor Intención de acudir a practicarse el Papanicolaou.

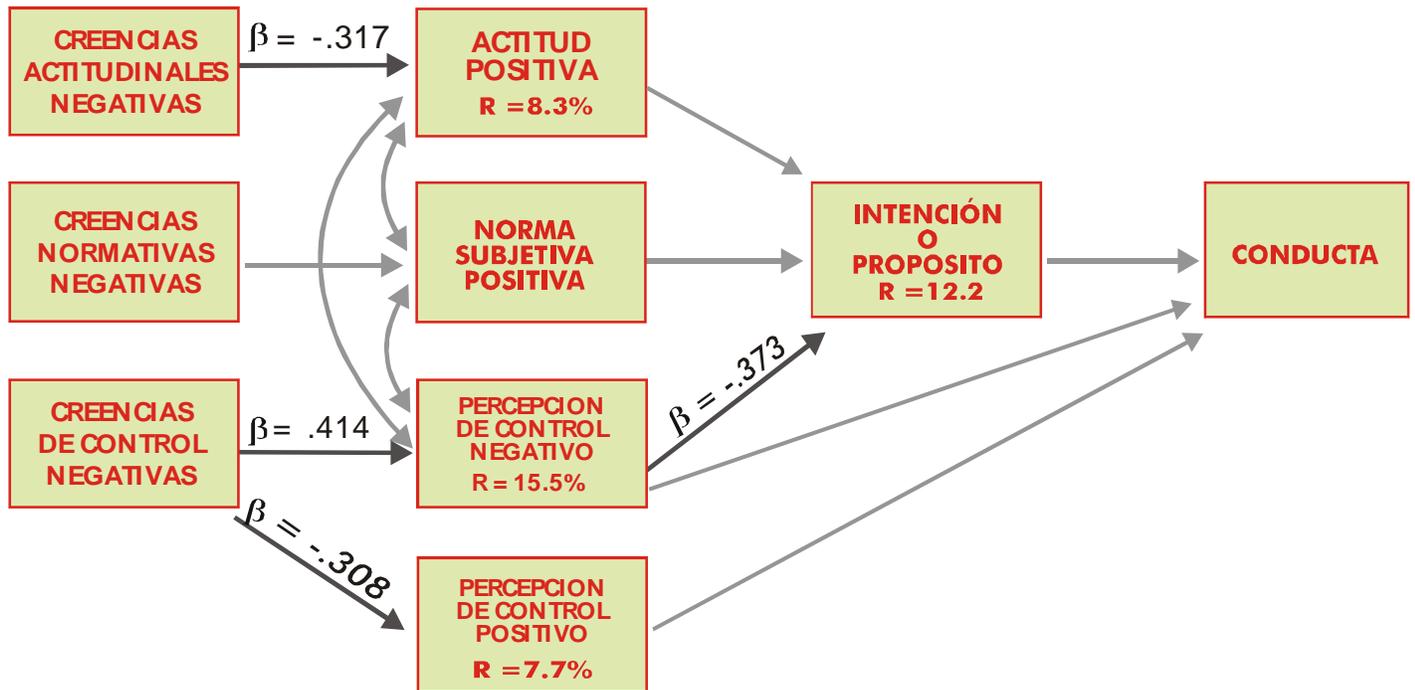


Diagrama 18

Cuando se realizó el análisis de regresión para observar si existía alguna relación de todas las variables hacia la conducta no se encontró ninguna relación.

Como puede observarse, en ninguno de los casos en los que se realizaron regresiones, se encontró que el modelo operara al igual que la Teoría de la Conducta Planeada establece. El grupo de mujeres No Abnegadas se acerca al modelo completo. Sin embargo la relación de Intención a Conducta aparece de manera inversa a lo establecido por el autor más aún, la relación de Percepción de Control hacia Conducta no existe para este grupo

DISCUSIÓN

El planteamiento de esta investigación era si los factores que propone el modelo de la Teoría de la Conducta Planeada funcionan como determinantes, para que las mujeres realicen la conducta de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou. Los factores que juegan un papel importante para que se realice esta conducta sólo fueron tres; La Norma Subjetiva, La Percepción de Control y las Creencias Normativas. Sin embargo, la Norma Subjetiva y La percepción de Control actúan de manera inversa a lo que propone Ajzen (2001). El autor establece que si se tiene una norma subjetiva positiva su efecto también será positivo en este caso fue al contrario actuando de forma negativa, también establece que si la Percepción de Control es Negativa de igual manera la consecuencia será negativa y para este caso el efecto es positivo. La variable Creencias Normativas en este caso negativas actúan negativamente como el autor propone.

Si las mujeres perciben la presión de que los otros que les importantes, y que piensa que ellas debe realizarse el Papanicolaou (Norma Subjetiva Positiva) y eso las llevará a no realizársela. Si ellas perciben que los otros importantes creen que ellas no deben realizarse la prueba (Creencias Normativas Negativas) esa percepción afecta de tal modo que no se la realizan. Y si las mujeres no perciben habilidades propias por razones como el tiempo, cercanía, etc., (Percepción de Control Negativo) entonces eso determinará que ellas se esfuercen y si se realicen la prueba. Por lo que se deduce que los planteamientos

Las hipótesis de existencia planteadas para cada variable tanto del modelo teórico como de la variable propuesta se confirmaron, en las mujeres que conformaron la muestra están presentes las creencias normativas, actitudinales y de control, la norma subjetiva, la actitud, la percepción de control, la intención y la orientación social (individualismo- colectivismo).

Las relaciones causales entre las variables que el modelo plantea se cumplen parcialmente, ya que la norma subjetiva por lo que esta hipótesis no se corrobora

Para la muestra elegida, las creencias que tengan las mujeres acerca de la práctica del Papanicolaou (creencias actitudinales) determinan que tengan una actitud hacia su realización. Las mujeres toman en cuenta, si los otros u otras quieren o no que ellas se

realizasen el Papanicolaou (creencias normativas) y esto determina que las mujeres perciban la presión la influencia de los otros u otras importantes para ellas, esto influye para que ellas se comprometan o no a realizarse el Papanicolaou. Las mujeres no perciben la presencia de factores, por ejemplo tiempo o apoyo de la pareja, que les faciliten acudir al médico a practicarse el Papanicolaou (creencias de control) esto determina que no tengan las habilidades necesarias para decidir acudir al médico a realizarse el Papanicolaou (percepción de control). Como se observa, la relación de cada una de las creencias con sus respectivos componentes, como propone el modelo, si está presente en la muestra.

Si las mujeres tienen una actitud positiva hacia la realización de la prueba (actitud) y tienen las habilidades necesarias para realizársela (control percibido) tendrán la intención de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou. Sin embargo la percepción de la presión social o influencia de los o las otras importantes ya sea para realizarse o no el Papanicolaou no es uno de los determinantes para la formación de la intención como lo dice Ajzen.

Una de las relaciones causales más importantes que propone el modelo es de la intención hacia la conducta, la cual nos dice que si se tienen la intención de realizar una conducta entonces se realizará. En este caso, las mujeres tienen la intención de practicarse el Papanicolaou pero eso no determina que acudan al médico a realizárselo. La intención para esta muestra no es un buen predictor de la conducta, sin embargo la percepción de control si lo es, aunque funciona de una forma difícil de comprender, ya que si las mujeres no perciben habilidades propias para acudir al médico a practicarse el Papanicolaou esto determina que si acudan a practicárselo. Entre mas lejos este el centro de salud o clínica donde lo practican, entre mas actividades familiares o de trabajo se tengan, las mujeres deciden ir a practicárselo.

Los resultados obtenidos dan pie para concluir que el modelo de la conducta planeada no se ajusta a la realidad de las mujeres (de la muestra). Son otros factores y no la intención, los que afectan directamente para que ellas acudan a practicarse el Papanicolaou. Estos factores son las creencias normativas, la norma subjetiva y la percepción de control. Si la mujer piensa, por ejemplo, que su pareja no quiere que sea vista desnuda por otra persona aunque esa persona sea el médico o que sus padres no están de acuerdo con que acuda a practicarse el Papanicolaou (creencias normativas) entonces ella no acude al médico a practicárselo. Por el contrario si una mujer siente la presión por parte de su pareja, amigos, padres etc.

para que acuda a realizarse la prueba, ella no va a practicársela. Y si una mujer no percibe facilidades y habilidades propias como puede ser que el centro de salud este muy lejos de donde vive o que tiene muchas actividades familiares o de trabajo ella se organiza y va al médico a practicarse el Papanicolaou.

LIMITACIONES

Debido a la falta de investigaciones en México de las disciplinas sociales que traten el tema del Virus de Papiloma Humano y del Cáncer Cérvico Uterino, se tuvieron dificultades para encontrar apoyo o referencias al respecto por lo que el campo médico es la mejor referencia de temas como este.

Esta investigación se enfrentó con la falta de datos estadísticos confiables y actuales respecto al Virus de Papiloma Humano y a las mujeres que se realizan el Papanicolaou cada año en México. Es necesario poner más atención en la recopilación de datos en cuestiones de salud para que se realicen investigaciones más profundas.

Las limitaciones que se tuvieron en campo, fueron que no se obtuvo el permiso de la clínica 14 del IMSS para la aplicación del instrumento, ya que el permiso debe tramitarse 2 o 3 meses antes, sin embargo se hizo sin el consentimiento correspondiente, esto dificultó la aplicación ya que como no se contaba con el apoyo de médicos y enfermeras el tiempo se prolongó más de lo esperado, dado que muchas mujeres al estar contestando el cuestionario las llamaban a consulta y al salir no lo terminaban ya que no sentían ningún compromiso con las encuestadoras. Por lo que se recomienda a investigaciones posteriores que deseen aplicar un instrumento en este tipo de dependencias soliciten el permiso correspondiente con el tiempo adecuado.

Finalmente para investigaciones futuras se recomienda tomar en cuenta el modelo de la Teoría de la Conducta Planeada ya que en México no se ha trabajado lo necesario prácticamente es un modelo nuevo que merece explorarse y se sugiere considerar variables que permitan observar el papel que tiene la percepción de los servicios médicos en México ya que podría ser un factor que este involucrado para que las mujeres decidan acudir o no a realizarse el Papanicolaou.

REFERENCIAS

Arredondo, G. L. Casanova, R. G. & Ortíz, I. F. (1993). La repercusión perinatal de las enfermedades de transmisión sexual. Revista de Perinatología. 8 (2,3,4)

Aguilar, P., Hernández, M., Lascano, E. & Ruiz, A. (s/f) Cáncer cervical en México. <http://www.insp.mx/saliva1996/sol19662.html>.

Ajzen, I. (1985) From Intentions: A theory of planned behavior. In J Kuhl & J Beckman(Eds) Action – Control ; From Cognition to Behavior pp 11-39

Ajzen, I (2001) unix.oit.umass.edu/aizen

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980) Understanding Attitudes and predicting Social Behaviour. Prentice –Hall: United States of America.

Barlow, D. (1981). Que hay de cierto sobre las enfermedades venéreas. Edamex.

Breva, A. & Carpi (1997). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de la acción planeada. Revista electrónica de Motivación y Emoción. 4 (7).

Conde, G., Cosette, M., García, C., Hernández, A., Juárez, F., Uribe, S. & Zinoilpa, M. (2001) Human Papillomavirus. Journal of the American Sexually Trasmited Diseases Association. 28(3).

Del río, García, Valdespino, Ligouri, Rodríguez & Sepulveda.,(1995). La Epidemia del VIH/SIDA y la mujer en México. Salud Pública en México. 37(6)

Di Castro, P.,(1998). ¿Quién tiene mas riesgo de padecer cáncer en la matriz? <http://www.histolab.com.mx/riesgo.html>

Guayta, E. (1998). Educación Sanitaria. Salud Publica en México. 37, (6)

Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón. Revista de Psicología Social y Personalidad. VI (1,2).

Flax, J. (1990) Thinking Fragments. University of California Press: Berkeley

Guayta,E.(1998) Educación Sanitaria. Salud Pública en México, 5 (7)

Instituto Nacional de Cancerología (1999) Salud y Seguridad Social

Instituto Nacional del Cáncer (2000) Fuentes de información <http://cancer.gov>

Instituto Nacional de Perinatología (INPER), 1997 Enfermedades Sexualmente Transmitidas Ginecología libro 4,
<http://servidor.imper.edu.mx/gineco/pac/go114/noulcera.html>

Instituto Nacional de Perinatología (s/f). Infección por Virus de Papiloma Humano
<http://servidor.imper.edu.mx/gineco/pac/go114/noulcera.html>

Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de “género”. Nueva antropología.

Langer, A. & Tolbert, K. (1996) Mujer Sexualidad y Salud Reproductiva en México. Edamex, population council.

Martínez, R. (1997). Enfermedades de Transmisión Sexual e Infertilidad. Revista de Perinatología, 5 pp 1-39.

Medina, D. (1999). Virus de Papiloma al Descubierta.
<http://lanacion.com/noticias/articulo.html>

Nikos, L. & Stuart, J. (1998), Implementation intentions and repeated behaviour. European Journal of Social Psychology, 29 , 349-369

Rodríguez, M. (1995). Psicología Social de la Salud. Ed. Síntesis. Madrid.

Ruiz, C. & Pérez, S. (1990). Infecciones e Infestaciones del tracto genital. Revista de Perinatología. 5 (4) 12-15

S/A (1997). Virus de Papiloma y Displasia del Cuello Uterino, Fundación Científica de la Salud Femenina.

Secretaría de Salud (1994). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Salud y Seguridad Social. Sistema de Indicadores para el seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM).

Sheeran, P. & Orbell, S. (1999) Implementation Intentions and Repeated Behaviour: augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. European Journal of Social Psychology. 29. 349-369

Sucar, R. (2000). Infección por Virus de Papiloma Humano en un Grupo de Alto Riesgo. (Universidad Nacional Autónoma de México).

Tolbert's Diccionario Medico Enciclopédico (1997) Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V.
Winaver, D. (1974). Vida Sexual y Riesgo Venéreo. Ediciones Wadarrama, Madrid.

INTERVENCIÓN

Al observar los resultados obtenidos de esta investigación, es decir al ver que en la muestra en general, los factores que juegan un papel importante para que las mujeres acudan al médico a practicarse el Papanicolaou son: las Creencias Normativas, la Norma Subjetiva y la Percepción de Control; se decidió diseñar un programa de intervención tomando en cuenta estos tres factores, sin embargo este programa se centro principalmente en el factor Percepción de Control.

Se tomó como factor principal a la Percepción de Control ya que tuvo un peso muy importante sobre el hecho de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou (Conducta) y por que dentro de los análisis para la muestra en general frecuentemente aparecía como determinante de esta conducta.

Este programa se crea principalmente pensando en contribuir con un granito arena, tratando que las mujeres cuiden su salud, pero principalmente para que tomen la decisión de acudir a practicarse el Papanicolaou periódicamente, para detectar a tiempo tanto el virus de papiloma humano (VPH) como el cáncer cérvico uterino (CACU).

Se procuró que el programa fuera lo más integral posible, conjuntando la información proporcionada por la coordinadora y la participación de las asistentes a través de experiencias propias o de alguna conocida, externado ideas, opiniones, dudas etc. Para que la relación no fuera solamente unidireccional es decir que la coordinadora no solo se dedicara a pasar información, se desarrollaron dinámicas donde las principales protagonistas fueran las participantes involucrándolas y envolviéndolas de una manera divertida e interesante. (Véase anexo

Lo que primeramente se pretende con la aplicación de este programa es probarlo con mujeres que conformaron la muestra de esta investigación (que acuden a la clínica 14 del

IMSS), si los resultados fueran favorables se podría pensar en adecuarlo a otras mujeres con características similares.

A continuación se muestra el diseño del programa que lleva por nombre “Curso –Taller sobre Toma de Decisiones para el Cuidado de la Salud”.

PROGRAMA DE INTERVENCION

OBJETIVO GENERAL

Sensibilizar a las asistentes al curso taller sobre la importancia que tiene tomar la decisión de practicarse el Papanicolaou de manera periódica (por lo menos una vez al año), como parte de las acciones que deben realizar las mujeres para el mantenimiento de una buena salud y en particular para detectar a tiempo lesiones que podrían anunciar la aparición del Cáncer Cérvico Uterino.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

*Explorar el conocimiento que poseen cada una de las participantes acerca de los aspectos específicos de la salud de las mujeres.

*Reflexionar acerca de la salud femenina y las implicaciones que trae consigo el hecho de no atender las manifestaciones sintomáticas del cuerpo.

*Identificar las limitaciones que tienen las mujeres para atender su salud, así como las situaciones que impiden que acudan al médico a practicarse el Papanicolaou.

*Reflexionar sobre la capacidad de toma de decisiones que tienen las mujeres respecto de su salud y sobre el control que tienen sobre su ejecución.

*Distinguir y diferenciar las situaciones en las que ellas tienen el control sobre sus decisiones, en las que pueden determinar cuándo y dónde practicarse un Papanicolaou, de aquellas que escapan de su dominio.

*Fomentar la percepción de control sobre su capacidad de tomar decisiones que tienen que ver con el cuidado de su salud.

*Evaluar el efecto que tuvo el curso- taller sobre la percepción de control.

COORDINADORA DEL CURSO

Zandra Ramírez Sánchez. Estudiante de la carrera de Psicología Social, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

CARACTERISTICAS DEL CURSO

Este curso está dirigido a mujeres que viven actualmente con su pareja y están entre los 20 y 50 años de edad. El curso tendrá una duración de 10 horas que se distribuirán en dos horas por sesión durante una semana. Se llevará a cabo en un horario vespertino en un local ubicado en la Delegación Venustiano Carranza. En principio se expondrán los objetivos del curso - taller y se les pedirá que se comprometan con su asistencia durante las sesiones programadas.

EVALUACIÓN: Para hacer observables los efectos que produjo el proceso de intervención, al final del curso se evaluará la efectividad de éste sobre la habilidad que poseen las mujeres respecto de realizarse la prueba del Papanicolaou (postest) y se hará la comparación con la evaluación que se realizó al inicio del curso (pretest) a través de una Escala para evaluar la Percepción de Control.

JUSTIFICACION

El aumento de las personas infectadas por el Virus de Papiloma Humano (VPH) en las últimas décadas es realmente alarmante ya que la incidencia global anual en México es mayor a 25 casos por cada 100,000 mujeres, incrementándose en el período de edad entre los 20 y 39 años a más de un caso por cada 1,000 mujeres (Instituto Nacional de Perinatología, s/f).

No sólo preocupa el hecho de que esta infección, al ser causada por un virus no es curable sino que además, se ha encontrado que en el 98% de los casos de mujeres con cáncer cérvico uterino se tiene como antecedente al virus de papiloma humano, por lo tanto se le ha reconocido al cáncer cérvico uterino como una de las consecuencias de la infección por VPH (Zeichner, 1999).

Debido a que regularmente el VPH es asintomático y a que no se cuenta con la practica periódica del Papanicolaou para su detección temprana, silenciosamente se transforma en cáncer cérvico uterino, dado que los cambios precancerosos que causa la infección tampoco producen señales de que algo anda mal. Los síntomas generalmente no aparecen sino hasta que las células cervicales anormales se hacen cancerosas e invaden el tejido cercano. Cuando esto sucede, lo más común es un sangrado anormal. Si las mujeres se practicarán el Papanicolaou, el cáncer cérvico uterino no sería como hasta ahora, la primera causa de muerte en México por tumores malignos en la población femenina, siendo los grupos de edades mas afectados los de 45 a 64 años y el grupo de 65 o más años, con tasas de mortalidad de 31.9 y 65.5 por cada 100,000 mujeres de sus respectivos grupos de edad (Instituto Nacional de Cancerología, 1999).

La Secretaria de Salud ha hecho del cáncer cérvico uterino una prioridad nacional de salud. Sin embargo, la tasa de mujeres que se realizan el Papanicolaou sigue siendo baja. Por esta razón es importante que las mujeres tomen la decisión de realizarse el Papanicolaou periódicamente ya que sólo de ellas depende que se detecte a tiempo el virus de papiloma y el cáncer cérvico uterino, porque la prueba se practica a todas las mujeres sin costo alguno en los centros de salud pública.

Lo que se propone con esta intervención es que las mujeres se preocupen por su salud en general pero sobre todo sensibilizarlas sobre la importancia que tiene tomar la decisión de practicarse periódicamente el Papanicolaou.

Es importante que las mujeres se den cuenta, que tienen el control sobre su cuerpo y su salud y que tienen el poder de decidir lo que deben hacer para cuidarlos.

BIENVENIDA

OBJETIVOS :

- Conocer los nombres, características y expectativas de cada una de las participantes.
- Romper el hielo y favorecer la integración grupal.

Duración : 30 minutos (aprox.)

DESARROLLO:

Formar un semicírculo para poder tener mayor contacto con todas las asistentes, dar la bienvenida al grupo e indicar que para poder trabajar armónicamente es necesario conocernos, por ello cada una tendrá que presentarse a través de un objeto que cada una traiga consigo en ese momento y que sea importante o significativo para cada una (un arete, reloj, llavero , monedero etc.) dará su nombre, mencionara el objeto que dejará en frente y dirá por que es importante o significativo para ella, también tendrá que decir que es lo que más le gusta hacer y como le gusta que le digan. Cada participante hará lo mismo.

Para romper el hielo, la coordinadora iniciará la presentación y después cada persona se presentará de la misma manera.

Al terminar la ronda se les pedirá que una voluntaria tome el objeto de la persona que más le haya interesado o de alguien que más recuerde y la tendrá que presentar ante sus demás compañeras tratando de recordar todas las cosas que dijo la compañera a la que le pertenece el objeto.

Al finalizar el ejercicio de presentación se puede comentar brevemente y repetir todos los nombres de las mujeres asistentes.

SUGERENCIAS

Dado que lo que se pretende es que las mujeres se sientan e confianza y alejen sus temores, es importante considerar que no se debe forzar a la persona a recordar todo lo que dijo la compañera a la que eligió y por el contrario para hacerlas sentir con mayor confianza y seguridad, si alguna persona no recuerda todas las características de la persona a la que está presentando, la coordinadora puede intervenir y pedir al grupo que ayude a recordar todas las características.

DETECCIÓN DE EXPECTATIVAS

OBJETIVOS:

- Determinar las expectativas del grupo con relación al curso.
- Verificar las posibles discrepancias con relación a los objetivos.

DURACIÓN: 30 MINUTOS

MATERIALES: Hojas blancas, hojas de Rotafolio, lápices, gomas y plumones

DESARROLLO:

Se les solicitará a las participantes que respondan de manera individual, en una hoja, a las siguientes preguntas:

¿Por qué estoy aquí?

¿Qué me gustaría aprender?

¿Qué pienso a portar?

¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el curso?

¿Que me gustaría que ocurriera durante el curso?

Ya respondidas se les pide que se numeren del 1 al 3 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.

Se les solicita a los subgrupos, que den respuesta a las mismas preguntas a partir de las respuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones a las que lleguen las pongan en hojas de Rotafolio.

Cuando los equipos acaban, se cuelgan las hojas de rotafolio en las paredes y se da lectura a ellas por medio de representantes de cada equipo.

La coordinadora debe cuidar que las expectativas no discrepen con los objetivos del curso, pero si ocurre deberá resaltarlos, de tal manera, que se establezcan negociaciones entre los participantes o simplemente acordar que la expectativa no será satisfecha por el curso.

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DEL CURSO

ACUERDO DE REGLAS

OBJETIVOS:

- Explicar y dar a conocer los objetivos del taller
- Establecer en conjunto las reglas o acuerdos a cumplir en el curso.

DURACIÓN : 50 minutos

MATERIALES: hojas de rotafolio, marcadores y pizarrón.

DESARROLLO:

Informar a las asistentes el objetivo del curso y los temas a tratar así como la duración del mismo.

Acuerdo de reglas a cumplir

Explicar a las mujeres que para que funcione el grupo es indispensable establecer algunas reglas, las cuales deberán ser respetadas durante todo el curso. Es indispensable propiciar la participación de las mujeres para que ellas mismas propongan reglas tales como: puntualidad, asistencia, respeto y al final proponer algunas de las que se indican a continuación si aún no han sido señaladas.

Confidencialidad: Lo que se comparte en el grupo debe permanecer en el grupo, nadie puede usarlo fuera de él.

Franqueza: Ser sincera en el tratamiento de las cuestiones, pero sin sentirse obligada a contar la propia vida privada y sin usar la vida privada de los demás.

Declaración de yo: Es preferible utilizar nuestros sentimientos o valores utilizando declaraciones en las que impliquemos personalmente: yo pienso, yo me siento etc.

Anonimato: Se debe facilitar el que puedan hacerse preguntas anónimas (por ejemplo a través de un buzón en el cual deberá estar a disposición de las participantes).

Aceptación y respeto: Todas las opiniones deben ser escuchadas, aceptadas y respetadas, aunque pueden manifestarse en desacuerdo con ellas. Nadie debe ser menospreciada por ser y opinar de una u otra forma.

Derecho a la discrepancia: No es obligatorio estar de acuerdo u opinar todas lo mismo.

Derecho a sentirse incómoda: La coordinadora o cualquier participante tiene derecho a ruborizarse o sentirse incómoda en algunas ocasiones.

De esta manera lo que se pretende es crear un ambiente de comunicación sincero y confiado y que se pueda recurrir a las reglas cuando alguien no las cumpla o comiencen a generarse conflictos dentro del grupo.

EVALUACIÓN INICIAL PRETEST

OBJETIVOS:

- Saber si han acudido al médico a practicarse el Papanicolaou.
- Conocer si tienen o no el control para tomar la decisión de acudir al médico a practicarse el Papanicolaou.

DURACIÓN: 10 minutos

MATERIALES: Cuestionario impreso, lápices y gomas.

DESARROLLO:

Al finalizar la primera sesión se les pedirá a las participantes que contesten las siguientes afirmaciones. Si les surgen dudas pueden expresarlas en voz alta o la coordinadora podrá ir para tenderlas personalmente.

- 1.- Es imposible que asistas al médico a practicarle el Papanicolaou por que tu trabajo o tus actividades familiares te lo impiden.
- 2.- Para ti es difícil asistir al médico a realizarte el Papanicolaou por lo menos una vez este año.
- 3.- Tu puedes decidir libremente cuando acudir al médico a realizarte el Papanicolaou.
- 4.- Tu no eres la única que deben decidir si acudes o no al médico a realizarte el Papanicolaou.
- 5.- Depende principalmente de ti que acudas a practicarle el Papanicolaou.
- 6.- Es muy difícil que acudas a realizarte el Papanicolaou, por que donde lo practican esta muy lejos de donde vives.
- 7.- Siempre se presentan otras cosas que te impiden asistir a practicarle el Papanicolaou.
- 8.- Si decides acudir al médico a practicarle el Papanicolaou puedes tener problemas con tu pareja.
- 9.- Si tu quisieras podrías acudir al médico a realizarte el Papanicolaou.

IDENTIFICACIÓN DE MOLESTIAS, PADECIMIENTOS Y ENFERMEDADES PROPIAS DE LAS MUJERES

OBJETIVOS:

- Identificar las molestias padecimientos y enfermedades que sufren exclusivamente las mujeres a través de la participación activa de las participantes.
- Centrarse en el cáncer cérvico uterino.
- Conocer lo que piensan acerca de la prueba del Papanicolaou.

DURACIÓN: 100 minutos (aprox.)

MATERIALES: Hojas de rotafolio, Hojas blancas bolsa de plástico y lápices.

DESARROLLO:

Se les pedirá a las participantes que piensen en las molestias padecimientos y enfermedades que sólo sufren las mujeres de acuerdo a lo que saben han visto escuchado o con base a su propia experiencia.

Una vez que las tengan en la mente, en los papelitos que les entrego la coordinadora escribirán cada uno de los padecimientos enfermedades o molestias que hayan pesado, después la coordinadora pasará una bolsa de plástico y depositaran los papelitos que contengan lo que ellas escribieron.

La coordinadora le pedirá a cada una de las participantes tome un papelito de la bolsa y lo lea en voz alta y que trate de explicar por que considera que lo escrito solo afecta a las mujeres, si esta de acuerdo con ello y si no lo está que diga por que no es exclusivo de las mujeres. Al terminar la participante de explicar, la coordinadora les pida la opinión a cada una. Cada una de las participantes hará lo mismo.

Cuando se haya terminado la actividad la coordinadora hablará del virus de papiloma humano, que aunque no es una infección u enfermedad propia de las mujeres, se les explicará la importancia de esta en la vida de las mujeres. La coordinadora mostrará la relación del virus de papiloma humano con el cáncer cérvico uterino.

Así la coordinadora retomara al cáncer cérvico uterino si es que fue considerado y si no la coordinadora lo mencionara y se centrara en ese padecimiento en especial. Revisando en conjunto que es el cáncer cérvico uterino y asegurarse que se discuta sobre factores de riesgo, consecuencias y detección.

Al terminar la exposición la coordinadora responderá dudas o escuchara los comentarios que tengan las participantes.

Al finalizar esta segunda actividad, las participantes y la coordinadora se sentarán en circulo, la coordinadora les preguntará lo siguiente:

¿Cómo podría saber si tengo la infección por virus de papiloma humano?

¿Qué permitiría que el virus de papiloma humano no se transformará en cáncer? ¿Qué podrá detectar a tiempo al virus de papiloma humano y, si ya se tiene, al cáncer cérvico uterino?

Permitiendo que las mujeres platiquen entre ellas y escuchando todas las respuestas u opiniones, pero al final la coordinadora dirigirá la platica hacia las pruebas que lo detectan (Papanicolaou y Colposcopía) haciendo mayor énfasis en la prueba del Papanicolaou.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

EVALUACIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE CONTROL

Para evaluar el curso- taller se utilizó una escala que mide la Percepción de Control, la cual fue aplicada a las participantes en la primera sesión y en la última sesión, es decir se aplicó antes de recibir el curso completo y posteriormente cuando el curso ya había finalizado. Esto permitió observar, si el programa diseñado tenía efectos positivos o si no producía efecto alguno o al contrario de lo esperado si tenía un efecto negativo.

Para la aplicación del programa se contacto con 18 mujeres que asisten a la clínica 14 del IMSS y se les invitó al curso-taller, el cual daba inicio el día martes 17 de septiembre del año en curso a las 6:00pm. En la primera sesión se presentaron sólo 7 mujeres (Irasema, Xochitl, Maribel, Iris, Paty, Flor y Martha) y a las sesiones siguientes fueron 5 las que permanecieron en el curso.

Después de la presentación la mayoría externo; que esperaban que el curso las convenciera de acudir a practicarse el Papanicolaou, una de ellas en particular mencionó que era importante que la impactara para que ella decidiera hacerlo y que eso esperaba del curso. Todas estuvieron dispuestas a participar y poner todas las ganas para que se llevara a cabo el programa lo mejor posible.

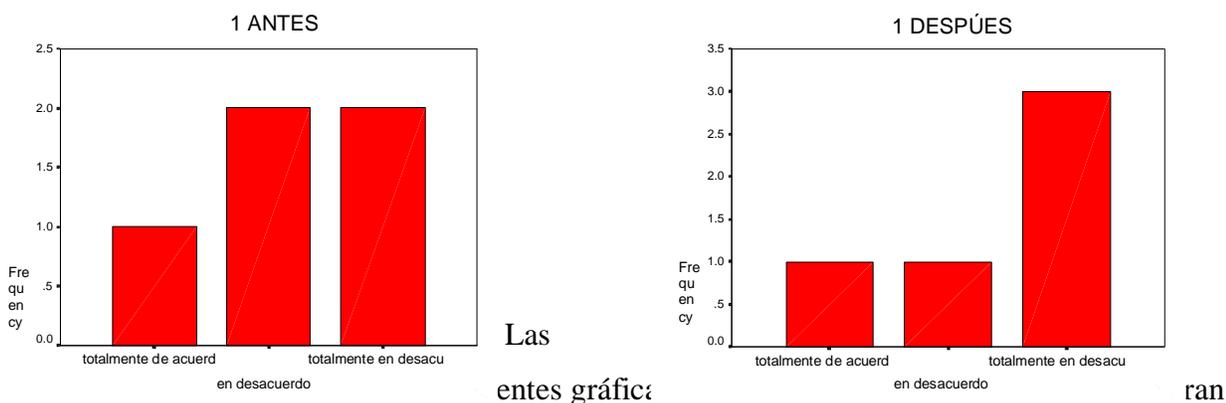
Cuando se les dio el pretest que contenía la escala para medir la percepción de control se incluyó una pregunta que permitió saber si se habían realizado el Papanicolaou por lo menos una vez en este año. Cuatro de ellas reportaron no haber acudido a practicárselo y tres de ellas si lo habían hecho.

A continuación observaremos lo que sucedió con cada uno de los reactivos que conformaron la escala haciendo las comparaciones de los resultados antes de que las mujeres recibieran el curso (pretest) y después de que lo hicieran (postest). Cabe mencionar

que las comparaciones sólo se hicieron con las 5 participantes que tomaron el curso completo.

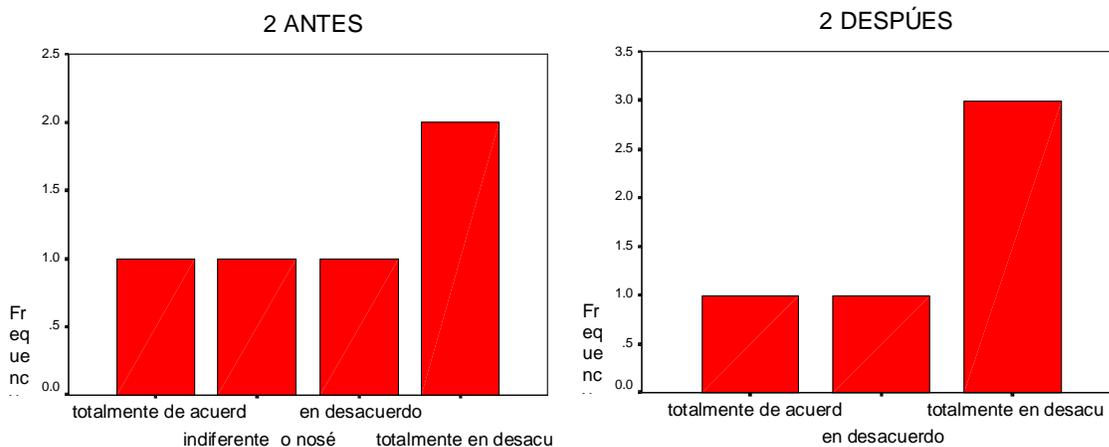
Lo que se esperaba era que las mujeres se sensibilizaran respecto a lo importante que es tomar la decisión de practicarse el Papanicolaou. El primer reactivo exploraba las posibilidades que tenían las mujeres de realizárselo. Como lo muestran las gráficas el curso si produjo un cambio importante ya que permitió que fuera más firme el negar que las actividades familiares o de trabajo impiden ir a practicarse el Papanicolaou.

1.- Es imposible que asistas al médico a practicar el Papanicolaou por que tu trabajo o tus actividades familiares te impiden.



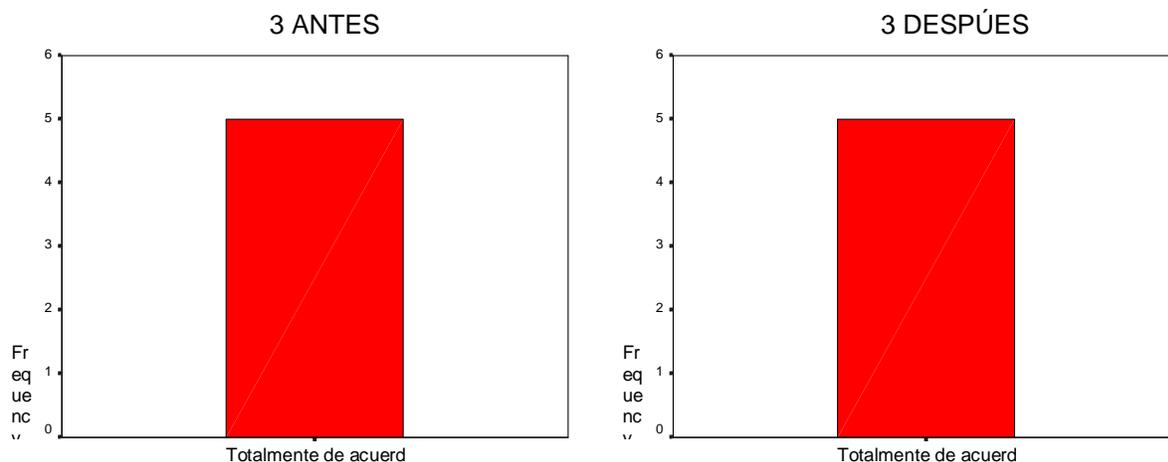
lo que sucedió con el segundo reactivo el cual plantea la dificultad para realizarse la prueba, se observa que el curso hizo que la mayoría definiera más firmemente que no es difícil que ellas puedan asistir este año a practicarse el Papanicolaou.

2.- Para ti es difícil que acudas al médico a practicar el Papanicolaou por lo menos una vez este año.



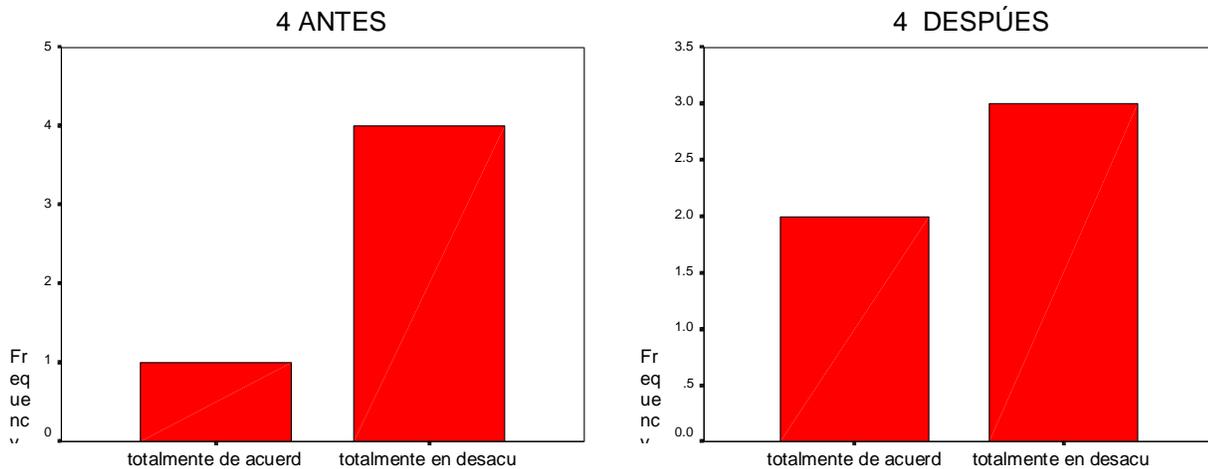
El tercer reactivo no tuvo cambio ya que tanto antes como después del curso todas las mujeres consideran que son libres para decidir cuando practicarse la prueba.

3.- Tú puedes decidir libremente cuando acudir al médico a realizarte el Papanicolaou.



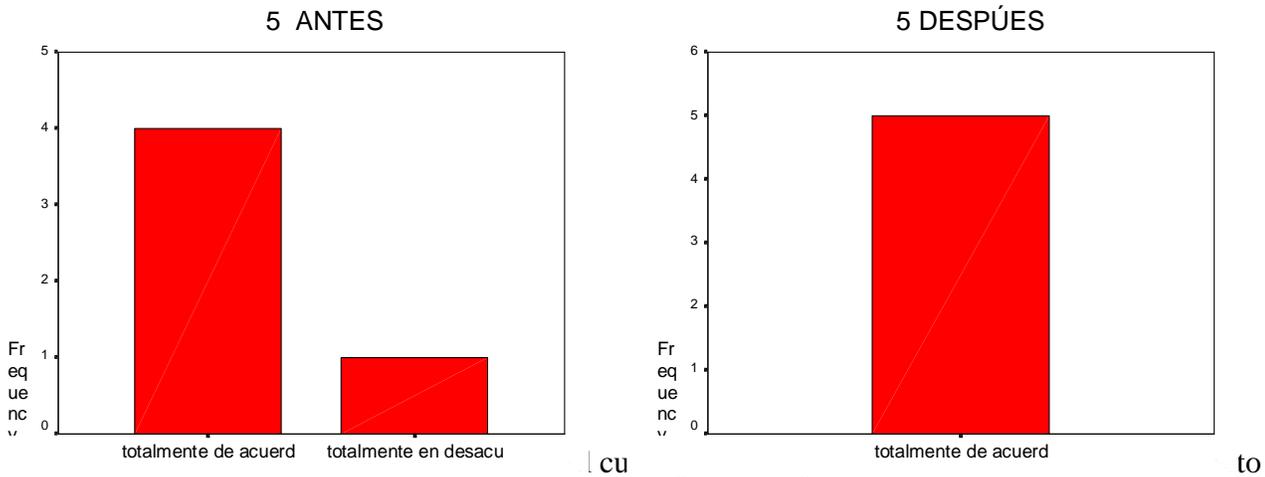
El cuarto reactivo muestra un poco de confusión ya que lo que se esperaría es que las mujeres pensarán que son ellas las que deben decidir si acuden o no a practicarse el Papanicolaou y como muestran las gráficas dos de ellas no pensaron de esa manera, puede pensarse que el curso tuvo un efecto negativo, sin embargo el curso tocó temas que tenían que ver con los otros que son importantes para las mujeres y que de alguna manera si ellas decidían o no practicarse el Papanicolaou estas personas podrían salir beneficiadas o afectadas según fuera el caso. Por lo que no se puede decir a ciencia cierta si tuvo un efecto negativo sobre estas mujeres.

4.- Tu no eres la única que debe decidir si acudes o no al médico a realizarte el Papanicolaou.

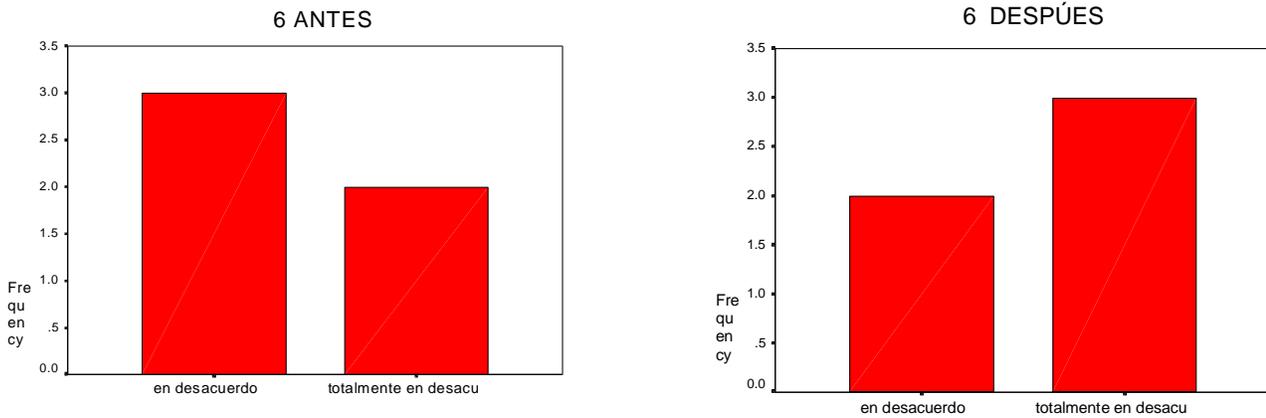


Las siguientes gráficas muestran lo que sucedió con el reactivo 5 el cual muestra en ultima instancia quien tiene la última decisión, el curso permitió que la mujer que pensaba que no dependía de ella principalmente el acudir a practicarse la prueba, se diera cuenta de que en realidad si depende principalmente de ella que se la realice. reactivo, se negara más fuertemente que la lejanía del lugar donde practican el Papanicolaou hace que sea muy difícil que ellas acudan a practicarselo (Véase siguientes gráficas).

5.- Depende principalmente de ti que acudas al médico a practicarte el Papanicolaou.

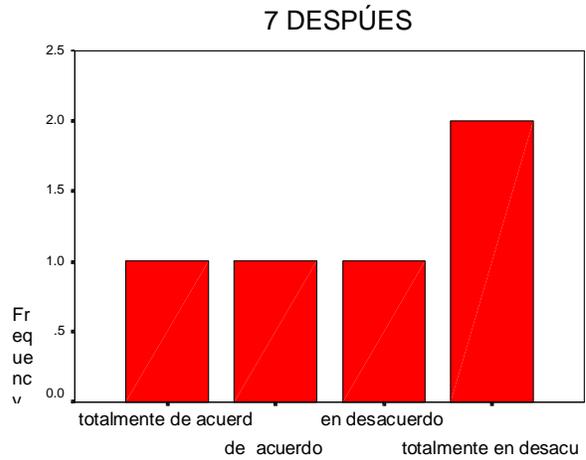
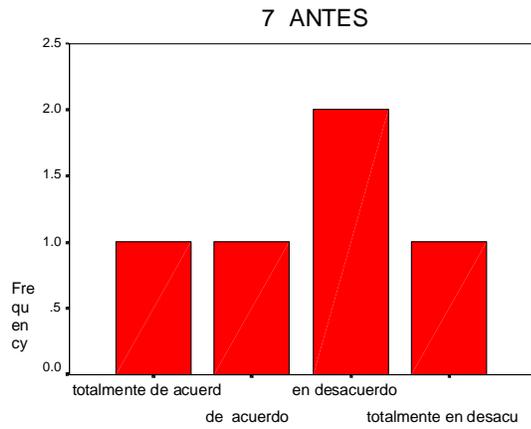


6.- Es muy difícil que acuda a realizarte el Papanicolaou, por que donde lo paretican está muy lejos de donde vives.



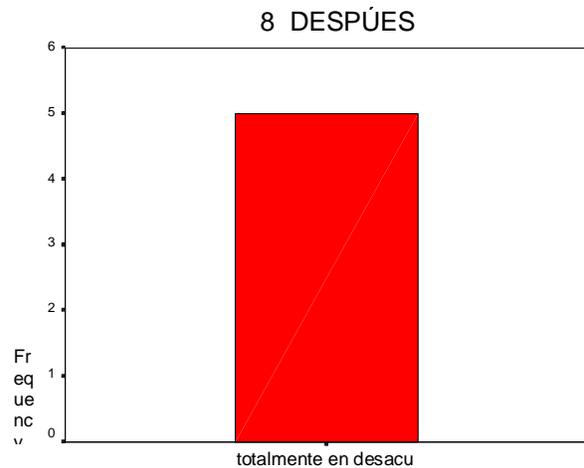
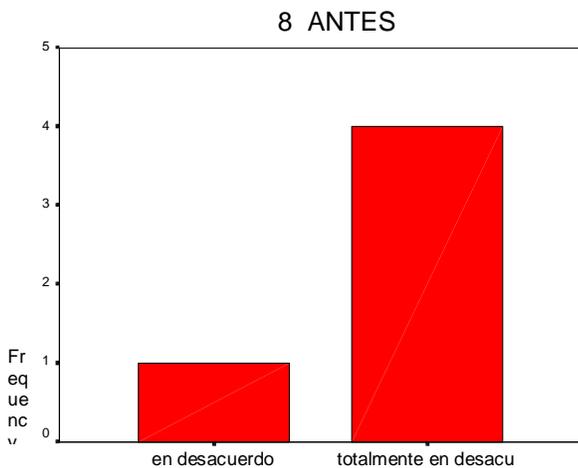
El curso también tuvo un impacto sobre el reactivo 7 ya que antes del curso había dos mujeres que estaban en desacuerdo con que siempre se presentan otras cosas que les impiden realizarse la prueba y sólo una estaba fuertemente convencida de estar en desacuerdo con esa afirmación, después del curso fueron dos las que estuvieron firmemente convencidas de estar en desacuerdo con la afirmación y sólo una estuvo en desacuerdo, pero no tan convencida.

7.- Siempre se presentan otras cosas que te impiden asistir a practicar el Papanicolaou.



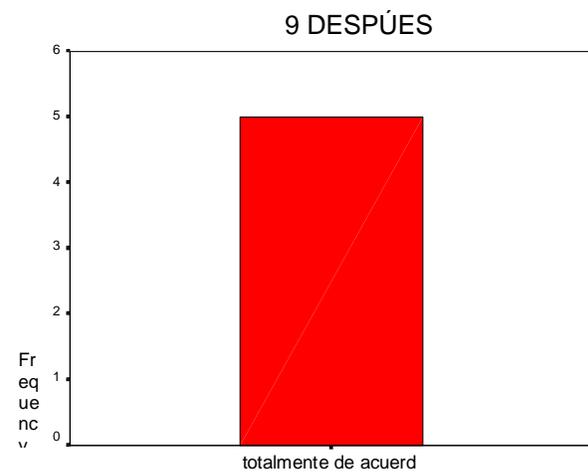
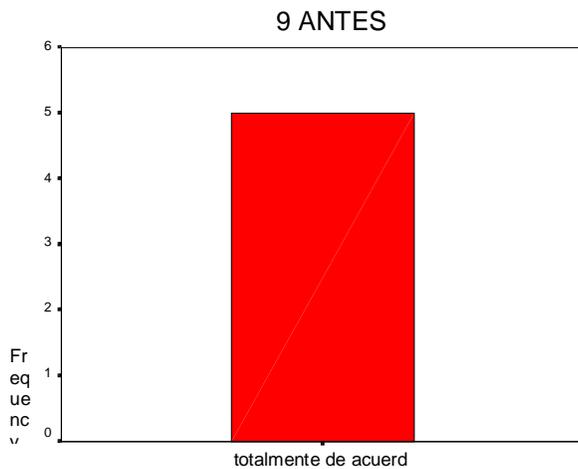
Las siguientes gráficas muestran que el curso surtió efecto en el octavo reactivo ya que después de este la mujer que no estaba firmemente convencida de que si se realizaba la prueba no tendría problemas con su pareja, al finalizar el curso estaba fuertemente convencida que no tendría problemas con su pareja.

8.- Si decides acudir al médico a practicar el Papanicolaou puedes tener problemas con tu pareja.



En el último reactivo el curso no tuvo efecto ya que antes y después de este, las mujeres estaban convencidas de que si ella quisieran podrían acudir al practicarse el Papanicolaou.

9.- Si tu quisieras podrías acudir al médico a realizarte el Papanicolaou.



Puede decirse que la evaluación del programa por medio de la escala de Percepción de Control obtuvo buenos resultados, a pesar de que los cambios no fueron radicales si fueron visibles y al observar las gráficas se pueden corroborar.

EVALUACIÓN DE LAS PARTICIPANTES

La evaluación a través de las participantes tuvo resultados favorables. Ya que al finalizar el curso se pidió a las mujeres que respondieran a las siguientes preguntas: ¿Qué aprendieron? ¿Qué les dejó el curso? ¿Era lo que esperaban? ¿Qué les gusto? ¿Qué no les gusto?.

A la primera pregunta respondieron haber aprendido; que era el Virus de Papiloma Humano, como se transmite, cuales son los factores que hacen que las mujeres sean más vulnerables para adquirirla, cuales son sus consecuencias; ya que aunque algunas mujeres sabían que esta infección puede transformarse en Cáncer Cérvico Uterino, ninguna conocía como se da esa transformación. También expresaron haber aprendido para que sirve en realidad la prueba del Papanicolaou y conocer que era la Colposcopia, quedando claro que cualquier mujer esta expuesta a la infección por VPH y al CACU por lo que se dieron cuenta de que no sólo deben realizarse la prueba del Papanicolaou las mujeres casadas sino que se la deben realizar todas las mujeres en edad reproductiva o que ya hallan iniciado su actividad sexual. Tres de las mujeres reiteraron la importancia que tiene aprender a conocer su cuerpo para darse cuenta si algo anda mal.

Las respuestas a la segunda pregunta se dieron en dos direcciones, la primera fue que el curso les había hecho pensar en ellas mismas y en las personas que son importantes para ellas, dándose cuenta que el cuidar su propia salud es primordial para que su familia no sufra las consecuencias. En segundo lugar, el curso les había dejado un “conocimiento contagioso”, es decir que se sentían con ganas de transmitir la información a todas las mujeres que conocían para hacerlas reflexionar de lo importante que es realizarse el Papanicolaou como ellas lo habían experimentado.

La tercer pregunta que se refirió a que si sus expectativas del curso se habían cumplido, la mayoría coincidió con que se habían superado, ya que pensaban que sólo llegarían al curso a escuchar lo que la coordinadora les tenía que decir, que no se imaginaban que ellas serían las principales protagonistas del curso, que fuera tan dinámico y que era increíble que a través de hacer cosas que aparentemente no tenían que ver con el objetivo del curso, finalmente terminaban reflexionando sobre la importancia de la realización del Papanicolaou pero de una forma muy relajada.

Respecto a la mujer que en la primera sesión dijo que era necesario que la impactaran para que se realizara la prueba, declaro que el curso realmente la había impresionado de tal forma que lo primero que pensaba hacer en ese momento era acudir a practicársela. (Una semana después esta mujer emocionada llamó para confirmar que ya se había realizado la prueba).

Cuando se les pregunto que les había gustado del curso, la mayoría manifestó que lo que les había gustado es que ellas hayan tenido un espacio para pensar en su salud ya que rara vez lo hacen y sobre todo de una forma tan dinámica.

Tres de las participantes dijeron que lo único que no les había gustado del curso es que sólo estaba dirigido a mujeres, ya que ellas hubieran querido que su pareja participara también ya que decían ellos son mas ignorantes y cerrados ante estos temas y que hubiera sido muy interesante observar lo que pasaba con ellos y escuchar lo que ellos pensaban. Las otras dos mujeres manifestaron lo contrario que el que no hubiera hombres les había facilitado las cosas por que no hubiera sido lo mismo habiendo hombres ya que por pudor ellas se hubieran reservado muchas cosas.

Se puede observar que el curso logró su objetivo principal el cual era sensibilizar a las participantes sobre la importancia que tiene tomar la decisión de acudir a practicarse el Papanicolaou de manera periódica, puede decirse por lo menos en un caso que el curso supero el objetivo ya que provoco que no solo se reflexionara sino que se actuara.

EVALUACIÓN DE LA COORDINADORA

Antes de comenzar el curso se tenía la duda en primer lugar de que las mujeres estuvieran interesadas en este tema y que sería muy difícil que ellas hablaran de cosas que regularmente se piensan privadas o prohibidas, sin embargo, a pesar de que solo 5 de las 18 mujeres decidieron tomar el curso, mostraron tanto interés por saber más del tema y de externar lo ellas pensaban que en muchas ocasiones una vez terminadas las sesiones se quedaban a platicar sus experiencias y las de personas que ellas conocían pero todo centrado en los temas que se trataron en dichas sesiones. Por lo que nos damos cuenta que hacen falta muchos espacios donde no sólo se traten estos temas sino muchos otros que tienen que ver con las cuestiones femeninas y o de pareja. Las mujeres no están acostumbradas a pensar en ellas mismas

CARTA DESCRIPTIVA

PROGRAMA DE TOMA DE DECISIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD FEMENINA

Duración: 5 sesiones con dos horas de duración cada una.

Horario: de 4:00 pm. a 6:00 pm.

Sesión: 1ª Fecha:

HORARIO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA	TIEMPOS	AYUDAS Y MATERIALES
	Presentación Y Bienvenida	Conocer los nombres y características de cada una de las participantes.	Formando un semicírculo, cada participante se presentará a través de un objeto que traiga consigo que le sea importante o significativo. La coordinadora comenzará la actividad.	30 minutos	Salón amplio sillas
	Detección de expectativas	Determinar las expectativas del grupo con relación al curso y verificar las posibles discrepancias con relación a los objetivos.	De manera individual las participantes contestarán a las siguientes preguntas. ¿por qué estoy aquí? ¿Qué me gustaría aprender? ¿Qué pienso aportar? ¿Qué me gustaría que ocurriera y no ocurriera durante el curso? Después se reunirán en subgrupos y llegaran a una conclusión y la presentarán al grupo. La coordinadora hará los comentarios pertinentes.	20 minutos	Hojas de rotafolio Hojas blancas lápices
	Exposición de los objetivos del curso- taller.	Presentación y definición de los objetivos del taller.	Informar el objetivo del curso- taller y los temas a tratar así como la duración del mismo.	30 minutos	Hojas de rotafolio
	Plenaria para establecer las reglas del curso.	Acuerdo de reglas a cumplir dentro del grupo.	4- Establecer reglas propuestas por las participantes y por la coordinadora y se deberá cumplir durante el curso.	20 minutos	Salón amplio Sillas

	Pretest	Contestar escala de percepción de control.	La coordinadora dará a cada participante una hoja que contiene 9 afirmaciones y las participantes contestarán que tan de acuerdo o en desacuerdo están con esas afirmaciones	10 minutos	Cuestionarios lápices
	No lo olviden	Despedida e invitación a comprometerse con el curso.		5 minutos	Salón amplio Sillas

Sesión: 2ª Fecha:

HORARIO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA	TIEMPOS	AYUDAS Y MATERIALES
	Lluvia de ideas	Identificación de molestias, padecimientos y enfermedades propias de las mujeres.	Pensarán en las molestias padecimientos y enfermedades que ellas suponen son propias de las mujeres, las escribirán en papelitos y las pondrán en una bolsa donde estarán los papelitos de todas las participantes, la coordinadora revolverá los papelitos y pedirá a una participante tome un papelito y lo lea en voz alta y diga si considera que eso sólo les pasa a las mujeres o no y por que y se comentará con todo el grupo. Todas las participantes pasarán hasta que se terminen los papelitos.	40 minutos	Hojas de papel cortadas en papelitos. Bolsa de plástico.
	Concurso sobre síntomas de VPH y factores de riesgo	Observar la Información que poseen las participantes a cerca del virus de Papiloma Humano (VPH).	Se harán dos grupos, cada participante anotará en el rotafolio de su grupo que estará dividido en 4 listas 1-(¿Que es el VPH y como se transmite? 2-¿Cuáles son los factores de riesgo? 3-¿Cuáles son los síntomas? Y 4-¿Cómo se puede detectar?) las palabras que considere deben estar en cada lista, la participante que tenga mas palabras que responden correctamente las preguntas ganará un premio.	30 minutos	Hojas de rotafolio. Lápices Marcadores Premio.
	Exposición Teórica	Explicar que es el virus de papiloma humano y cual es su relación con el cáncer cérvico uterino.	Basándose en el ejercicio anterior la coordinadora explicará que es el VPH, los factores de riesgo, sus síntomas y como se detecta.	30 minutos	Hojas de rotafolio
	Mesa redonda de Experiencias personales o a través de lo	Conocer las pruebas que detectan las lesiones cacerosas y en que consiste su realización.	Sentadas en semicírculo se alentará a las participantes a que digan para que creen que sirve la prueba del Papanicolaou, si ya se lo han realizado ¿cual fue su experiencia? o que han escuchado en torno a su realización. Al final se llegara a una conclusión primero individual y después grupal.	20 minutos	Salón amplio Sillas

	que han escuchado.				
	Cierre y despedida	Despedir a las participantes y reiterar su asistencia a la próxima sesión.	La coordinadora pedirá un fuerte aplauso a todas las participantes al término de la sesión y les recordará su asistencia y puntualidad a la próxima sesión.	5 minutos	Salón amplio Sillas

Sesión: 3ª Fecha:

HORARIO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA	TIEMPOS	AYUDAS Y MATERIALES
	Exposición Teórica de las Consecuencias que trae la infección por Virus de Papiloma Humano	Conocer las consecuencias de la infección por VPH si es tratada a tiempo. Saber lo que se tiene que hacer para evitarlas o tratarlas a tiempo.	1- La coordinadora explicará cuales son las consecuencias que acarrea que no se detecte a tiempo el virus de papiloma humano y que estas se pueden evitar si las propias mujeres quieren.	20 minutos	Salón amplio Sillas.
	Mesa Redonda	Aclarar dudas y escuchar comentarios de la exposición de las consecuencias del VPH.	Aclarar dudas y escuchar comentarios de las participantes fomentado que todas participen.	20 minutos	
	Piensa en las personas que te rodean.	3- Reflexionar que el no atender la salud repercute no sólo físicamente a la persona que lo sufre sino que también afecta a las personas que se encuentran a su alrededor.	La coordinadora pedirá a las participantes cierren los ojos y piensen en las personas que dependen de ellas y que más quieren y lo que ellas hacen por esas personas. Después sin abrir los ojos la coordinadora les pedirá que piensen que por alguna razón ellas desaparecerán de la vida de esas personas ¿Qué pasaría? ¿Son indispensables para esas personas? ¿Esas personas sufrirían? etc. La coordinadora les dirá que abran lentamente los ojos y que una voluntaria cuente como se sintió y que platique en qué personas pensó y qué pasó cuando ella desapareció de sus vidas. Así se animara a cada una de las participantes para que cuente su experiencia.	30 minutos	Salón amplio Sillas.

	Conclusiones del grupo	4- Reconocer que el bienestar de su familia depende de que ellas se encuentren en un buen estado de salud.	Basándose en el ejercicio anterior la coordinadora preguntará ¿Por qué es importante que se acuda al médico a revisarse periódicamente y principalmente a realizarse el Papanicolaou? Escuchando a cada participante y al final llegar a una conclusión grupal.	20 minutos	Sillas.
	Cierre y despedida	Despedir a las participantes y reiterar su asistencia a la próxima sesión.	La coordinadora pedirá un fuerte aplauso a todas las participantes al término de la sesión y les recordará su asistencia y puntualidad a la próxima sesión.	5 minutos	Salón amplio Sillas

Sesión: 4ª Fecha:

HORARIO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA	TIEMPOS	AYUDAS Y MATERIALES
	Rol Playing	Identificar las limitaciones u obstáculos que regularmente están presentes para que no se acuda al médico a practicarse el Papanicolaou.	La coordinadora plantea una situación particular y pide que las mujeres que quieran participar pasen al frente. Hay una familia: padre, madre y herman@s donde una de las hijas tienen molestias en los genitales y quiere saber lo que le está pasando y quiere ir al ginecólog@ a que la revisen pero percibe muchos impedimentos. El padre es muy cerrado (machista), la madre muy comprensiva con sus hijos pero abnegada con su pareja, la hija le cuenta a su hermano confiada en que él la ayudará pero él se lo cuenta a sus padres. A partir de estos datos las participantes desarrollarán la trama como una obra de teatro.	40 minutos	Salón amplio Sillas.
	Opiniones Y Comentarios	Reflexionar si realmente son limitaciones.	A partir de lo que se observó en la actividad anterior las participantes comentarán que le faltó a la obra, que le sobro, si en realidad eso pasa en la vida real o no y que proponen. Pensar si realmente lo que hizo que la hija no fuera a revisarse eran limitaciones o no. Preguntar de que otra forma se podría desarrollar la trama.	10 minutos	Salón amplio Sillas
	Narra la Historia.	Cuales se consideran son las limitaciones que impiden que las mujeres no acudan al médico a atender su salud.	La coordinadora mostrará una fotografía de una mujer de 22 años infectada por el virus de papiloma humano, que acudió al médico para que le atendieran su parto, la infección ya estaba muy desarrollada y los médicos optaron por hacerle cesárea y le pidieron que regresara en 2 meses para tratar la infección por VPH pero esta mujer nunca volvió. A través de conocer esta historia se les pide a las participantes escriban en una hoja	40 minutos	Fotografía Hojas blancas Lápices.

			una pequeña historia de por que la mujer no regreso.		
	Da Soluciones y Conclusiones.	Proponer alternativas para salvar las limitaciones.	La coordinadora les pide a las participantes reflexionen y hagan el recuento de las limitaciones que pudieron identificar y que proponen para que dejen de serlo y las mujeres atiendan su salud. Explorar cuales de esas limitaciones piensan que pueden vencer y como lo pueden hacer. Cada participante dirá que aprendió o que le deajo está sesión	30 minutos	Salón amplio Sillas.
	Cierre Y Despedida	Despedir a las participantes y reiterar su asistencia a la próxima sesión.	La coordinadora pedirá un fuerte aplauso a todas las participantes al término de la sesión y les recordará su asistencia y puntualidad a la próxima sesión.	5 minutos	Salón amplio Sillas

Sesión: 5ª Fecha:

HORARIO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA	TIEMPOS	AYUDAS Y MATERIALES
	Tú árbol	1- Propiciar el descubrimiento de la valía personal	1- Las participantes dibujarán un árbol con gran cantidad de ramas, raíces y con un tronco muy fuerte. En el tronco escribirán su nombre en las raíces sus cualidades, habilidades destrezas etc. Y en las ramas sus logros más importantes hasta este momento. Se formarán pequeños grupos donde cada una mostrará su árbol y explicará como considera que sus logros están relacionados con sus habilidades. Después comentarán si les costo trabajo o no reconocer todos sus logros, habilidades destrezas etc. La coordinadora pedirá que conserven su árbol y que continúen ampliando sus raíces y ramas (cualidades y logros).	70 minutos	Hojas blancas lápices, colores y gomas.
	2- Comentarios de las participantes sobre el curso	2- Recordar todo lo visto en el curso a manera de resumen. Hacer comentarios y expresar dudas que crean necesario exponer.	2- La coordinadora pedirá a cada una de las participantes platique que le dejo el curso que le gusto más, de que se acuerda y si le sirvió.	30 minutos	Salón amplio Sillas
	3- Postest	3- Evaluación final	3- Pedir que contesten el mismo cuestionario que se les dio en la primera sesión.	10 minutos	Cuestionarios Lápices
	4- Dulce adiós	4- Adiós y Agradecimiento por su participación.	4- A cada participante se le agradecerá el haber permanecido en el curso y se les dará una bolsista con galletas.	5 minutos	Salón amplio.