



UNR Universidad
Nacional de Rosario

CEI CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS

**Instituto de la Salud
Juan Lazarte**

Percepciones y conocimientos de mujeres de una comunidad universitaria sobre el Cáncer Cervicouterino, el Papanicolaou y su realización. Estudio de caso en la Universidad Nacional del Litoral. Período 2016–2017, Santa Fe, Argentina

Directora: Ing. Agr. M. Sc. Sonia Sánchez

Tesista: Bioq. Valeria Yelena Kuttel

Año: 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la comunidad de la Universidad Nacional del Litoral que colaboró con la investigación brindando información y tiempo, en particular a todas las mujeres que participaron en la encuesta.

Además, a quienes día a día estuvieron acompañando y guiando el trabajo, fundamentalmente a mi directora, Sonia Sánchez, como también a Liliana Mingillo, Esteban Bulgarella, Mariela Damiano y María Laura Birri.

Y en especial, a Lucía Celeste Canga Kuttel y Carlos Manuel Canga.

Índice

AGRADECIMIENTOS /	1
ÍNDICE /	2
LISTA DE GRÁFICOS /	4
LISTA DE TABLAS /	5
SIGLAS UTILIZADAS /	6
1. TÍTULO /	7
2. INTRODUCCIÓN /	7
3. EL TEMA Y LOS ANTECEDENTES /	7
3.1 Políticas públicas frente al CCU /	9
3.2. Generalidades respecto del CCU y el PAP /	11
3.3. Antecedentes /	13
4. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN /	20
4.1. La perspectiva teórica de la Salud Pública /	20
4.2. Modelo de creencias en salud /	21
4.3. El problema de investigación /	22
5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS /	23
6. PROPUESTA Y DISEÑO GENERAL DEL MÉTODO /	23
6.1. Dimensiones de análisis (variables e indicadores utilizados en la encuesta) /	24
6.1.1. Características sociodemográficas y reproductivas /	24
6.1.2. Prácticas de la realización del PAP /	24
6.1.3. Percepciones sobre la práctica del PAP y el CCU /	25
6.1.4. Conocimiento sobre el PAP /	25
6.2. Trabajo de campo /	25
6.3. Técnica e instrumento de recolección de datos /	26
6.4. Bases y análisis de datos /	27
7. RESULTADOS /	28
7.1. Variables simples /	29
7.1.1. Características sociodemográficas /	29
Edad /	29
Nivel educativo /	30
Formación vinculada a la salud /	30
Estado civil /	32

Servicios de salud utilizados / 32	
Edad de inicio de las relaciones sexuales / 32	
Compañeros sexuales / 33	
7.1.2. Conocimiento / 33	
Indicador de conocimiento / 35	
7.1.3. Percepción con relación al PAP y el CCU / 36	
Barreras para la realización del PAP / 36	
Señales de acción / 37	
7.1.4. Práctica de realización del PAP / 38	
Construcción de tipología de práctica de realización del PAP / 38	
7.2. Análisis de variables a partir de las tipologías de prácticas / 39	
7.2.1. Características sociodemográficas y reproductivas / 39	
Edad / 39	
Nivel educativo – formación vinculada a la salud / 40	
Estado Civil / 41	
Servicios de salud utilizado / 43	
Relaciones y compañeros sexuales / 43	
7.2.2. Practica de realización del PAP / 45	
Edad del primer PAP / 45	
7.2.3. Percepciones con respecto al PAP / 45	
7.2.4. Conocimiento / 47	
7.3. Análisis de variables a partir del conocimiento / 48	
7.3.1. Características sociodemográficas / 48	
Edad / 48	
Nivel educativo / 49	
Formación vinculada con la salud / 50	
Sevicios de salud utilizados / 51	
Conocimiento - condutas sexuales / 52	
7.3.2. Percepciones con relación al PAP / 53	
7.4. Análisis de variables a partir de las percepciones / 54	
7.4.1. Características sociodemográficas / 54	
8. DISCUSIÓN / 56	
9. CONCLUSIONES / 58	
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS / 60	
11. ANEXOS /62	
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO / 62	
ANEXO 2. ENCUESTA / 63	

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 | Mortalidad por CCU según jurisdicción. Tasas estandarizadas por edad conforme a población mundial estándar por 100.000 habitantes. Argentina, 2014

GRÁFICO 2 | Edad

GRÁFICO 3 | Frecuencia de respuestas sobre conocimiento del PAP

GRÁFICO 4 | Niveles de conocimiento

GRÁFICO 5 | Conocimiento con relación con la formación vinculada a la salud

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Distribución del personal femenino comparada con la distribución de las encuestadas
Tabla 2	Unidades académicas
Tabla 2.A	Edad
Tabla 3	Nivel educativo
Tabla 4	Formación vinculada con la salud con relación al nivel educativo
Tabla 5	Estado civil
Tabla 6	Servicios de salud utilizados
Tabla 7	Edad de inicio de las relaciones sexuales
Tabla 8	Compañeros sexuales
Tabla 9	Frecuencias de respuestas sobre conocimiento sobre el PAP
Tabla 10	Score de conocimiento
Tabla 11	Niveles de conocimiento
Tabla 12	Años de realización del último PAP
Tabla 13	Tipología de prácticas de realización del PAP
Tabla 14	Tipología de práctica según la edad
Tabla 15	Tipología de práctica en cuanto al nivel de educación
Tabla 16	Tipología de práctica con relación a la formación vinculada con la salud
Tabla 17	Tipología de práctica con relación al estado civil agrupado
Tabla 18	Prueba de chi-cuadrado. Práctica -estado civil
Tabla 19	Tipología de práctica según servicios de salud utilizados
Tabla 20	Tipología de prácticas con relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales
Tabla 21	Tipología de prácticas con relación a los compañeros sexuales
Tabla 22	Tipología de práctica con relación a la edad del primer PAP
Tabla 23	Prácticas con relación al conocimiento
Tabla 24	Prueba de chi-cuadrado. Conocimiento con relación a la práctica
Tabla 25	Conocimiento con relación al rango de edad
Tabla 26	Conocimiento con relación al nivel educativo.
Tabla 27	Pruebas de chi-cuadrado. Conocimiento con relación al nivel educativo
Tabla 28	Conocimiento con relación a la formación vinculada con la salud
Tabla 29	Pruebas de chi-cuadrado. Conocimiento con relación a la formación vinculada a la salud
Tabla 30	Conocimiento con relación a los servicios de salud utilizados
Tabla 31	Conocimiento con relación a la edad en que inició las relaciones sexuales.
Tabla 32	Conocimiento con relación a los compañeros sexuales

SIGLAS UTILIZADAS

- CCU: Cáncer cervicouterino
- CA: Conocimiento alto
- CM: Conocimiento moderado
- CB: Conocimiento bajo
- ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
- FADU: Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo
- FBCB: Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas
- FCA: Facultad de Ciencias Agrarias
- FCE: Facultad de Ciencias Económicas
- FCJS: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
- FCV: Facultad de Ciencias Veterinarias
- FHUC: Facultad de Humanidades y Ciencias
- FICH: Facultad de Ingeniería y Ciencias Hídricas
- FIQ: Facultad de Ingeniería Química
- FCM: Facultad de Ciencias Médicas
- IARC: Agencia Internacional de investigaciones sobre el Cáncer.
- MCS: Modelo de Creencias en Salud
- INC: Instituto Nacional del Cáncer
- NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
- PAP: Papanicolaou
- PMO: Programa Médico Obligatorio
- UNLP: Universidad Nacional de La Plata
- UNL: Universidad Nacional del Litoral
- VPH: Virus del Papiloma Humano

1. TÍTULO

Percepciones y conocimientos de mujeres de una comunidad universitaria sobre el cáncer cervicouterino, el Papanicolaou y su realización. Estudio de caso en la Universidad Nacional del Litoral. Período 2016–2017, Santa Fe, Argentina.

2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, con los conocimientos y tecnologías disponibles, el Cáncer Cervicouterino (en adelante CCU) puede detectarse tempranamente y tratarse de manera eficaz. Aun así, constituye uno de los problemas de Salud Pública debido a su incidencia y prevalencia en mujeres que se encuentran en plena etapa productiva de sus vidas.

Si bien, según la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), en Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) se evidenció un incremento en la cobertura total del país (71,6% de las mujeres entre 25 y 65 años se realizó un Papanicolaou –en adelante, PAP–), y cada vez más se cuenta con personal capacitado, tecnologías y estrategias para un mejor acceso de las mujeres a las medidas preventivas disponibles, lamentablemente todavía hay un grupo de ellas que no participa de dichas prácticas. Esto se puede deber a muchos factores que limitan el acceso a los servicios, como los horarios de atención, las distancias, la falta de transporte, las condiciones laborales, entre otras barreras vinculadas a lo cultural y al género.

La mayoría de las causas de morbimortalidad es prevenible y muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y los estilos de vida de las personas. Uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a identificar y explicar cómo las personas construyen y modifican sus decisiones y acciones (Hernández Martínez, 2010:365).

En este sentido, la presente investigación se propone identificar las percepciones y los conocimientos que las mujeres tienen en cuanto a una conducta saludable: la realización del PAP. Para ello, se trabajó con las dimensiones del modelo de creencias en salud que nos permite reconocer dichos conocimientos y percepciones y su influencia en la conducta saludable.

Por otro lado, una vez determinados, posibilitan planificar acciones programáticas para la prevención del CCU en un ámbito laboral universitario.

3. EL TEMA Y LOS ANTECEDENTES

Tal como hemos mencionado en la Introducción, dados los conocimientos y tecnologías disponibles, actualmente el CCU puede detectarse de manera temprana y tratarse eficazmente. No obstante, es un problema de Salud Pública a causa de su incidencia y prevalencia en mujeres en plena etapa productivas de sus vidas.

Conforme a la Agencia Internacional de investigación sobre el Cáncer(IARC) (2018)¹ el CCU es la cuarta causa de enfermedad y muerte por cáncer en el mundo de mujeres de todas las edades; presenta una incidencia del 13,1 y una mortalidad del 6,9 por 100.000 mujeres, en tanto

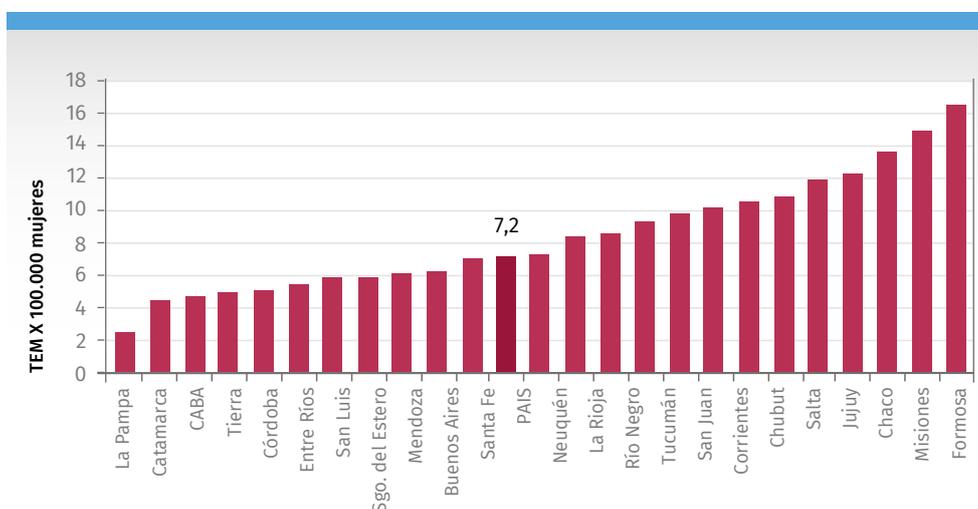
¹ Ven en <http://gco.iarc.fr>

que América del Sur está por encima de esos valores, con una incidencia del 15,2 y una mortalidad del 7,1 por 100.000 mujeres.

En la Argentina, según el Instituto Nacional del Cáncer (INC), el CCU presenta un promedio anual de casos de 4956, lo cual representa el 8,2% de casos de cáncer diagnosticados en la mujer, ubicándose, con relación al resto de los cánceres, en el tercer lugar.²

Asimismo, la distribución de la mortalidad en las diferentes provincias posee una gran variabilidad. Mientras que la mortalidad promedio para el país es del orden de las 7,2 defunciones por 100.000 mujeres, en La Pampa se registran 2,6 muertes por 100.000, lo cual hace que sea la provincia con menor mortalidad. En el otro extremo, Formosa presenta el mayor valor, con 16,5 muertes por cada 100.000 mujeres (Gráfico 1) (Ballesteros, Limardo, Abriatta, 21 de diciembre de 2016).

GRÁFICO 1. MORTALIDAD POR CCU SEGÚN JURISDICCIÓN. TASAS ESTANDARIZADAS POR EDAD CONFORME A POBLACIÓN MUNDIAL ESTÁNDAR POR 100.000 HABITANTES. ARGENTINA, 2014.



Fuente: SIVER/INC sobre la base de datos del DEIS. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2016.

Aunque en el gráfico se observa que la tasa en la provincia de Santa Fe está levemente por debajo de la media nacional, en el Atlas de mortalidad por cáncer de la provincia de Santa Fe (2013–2015)³, la tasa estandarizada por edad es del 4,13.

En términos generales, la distribución en la mortalidad por CCU en el período 1997–2014 en la Argentina, demostró un descenso sostenido y relevante a lo largo de los 18 años considerados, del orden de 0,6% promedio anual (Ballesteros, Limardo, Abriatta, 21 de diciembre de 2016).

En los países desarrollados, la experiencia muestra que la implementación de programas organizados basados en la citología ha logrado reducir significativamente la incidencia y mortalidad por CCU. Sin embargo, los países latinoamericanos que implementaron esos programas de prevención se han encontrado con limitaciones para alcanzar el impacto deseado en la reducción de la incidencia y mortalidad. Las principales limitaciones se asocian con la baja cobertura de mujeres tamizadas y el bajo porcentaje de mujeres con PAP anormal que son efectivamente seguidas y tratadas (Arrossi et al., s/f).

2 Ver en <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia>

3 Ver en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234601/1233830/file/Atlas%20de%20Mortalidad%20por%20C%C3%A1ncer.%20Santa%20Fe.%202013-2015.pdf>

En la mencionada Tercera ENFR en Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) se evidenció que el 71,6% de las mujeres entre 25 y 65 años se realizó un PAP en los últimos dos años; y si se observan las últimas tres encuestas realizadas (por ejemplo, 51,2% en 2005) se advierte un incremento de la cobertura total del país en más de un 25%.

Esto no es casual, puesto que en Argentina se desarrollan políticas activas para la prevención del CCU.

3.1. Políticas públicas frente al CCU

A nivel internacional, los organismos respectivos y sus conferencias han ayudado, en los diversos países miembros, a elaborar marcos jurídicos y metas de política para la aplicación del derecho a la salud integral de la mujer y, en particular, en cuanto a las afecciones relacionadas con las alteraciones del aparato reproductivo.

Las Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas sobre la Mujer (México, 1975; Copenhague, 1980; Nairobi, 1985; Beijing, 1995) han establecido plataformas para la acción por la igualdad, el desarrollo y la paz, abordando temas como pobreza, educación, salud, violencia contra las mujeres, derechos humanos, conflictos armados, participación de la mujer, medios de comunicación, ambiente, y contenidos vinculados con la protección y desarrollo de las mujeres y las niñas.

Estas conferencias han contribuido a la difusión y posicionamiento de las temáticas de las mujeres en el ámbito internacional y en el debate y colocación en las agendas políticas nacionales, de modo de contar con legislaciones en pro de la mujer y la igualdad de género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también se dedica activamente al fortalecimiento de los sistemas de salud en general y al desarrollo y aplicación de tecnologías apropiadas para que la atención integral del CCU sea factible y asequible. La implementación de estos programas de prevención y control extienden el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva que mejoran la salud de la mujer y contribuyen a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño establecida en 2010 (Organización de las Naciones Unidas -ONU) y al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OPS, 2016).

Además, en la Asamblea General sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles (2011) y en la Asamblea Mundial de la Salud (2013), la prevención del CCU se encuentra entre las intervenciones prioritarias que se recomendarán en todo el mundo (OPS, 2016).

En la Argentina, las políticas públicas vinculadas al control, asistencia e investigación sobre el cáncer cuentan con antecedentes desde el año 1976, con la creación con presupuesto nacional del Programa Nacional de Control del Cáncer. En 1988, se sancionó la Ley 25.611 que creó el Instituto Nacional de Oncología para la elaboración e implementación de diferentes objetivos en el campo asistencial y de investigación (Ramírez Rodríguez, 2014).

En 2002, se sancionó la Ley 25.673, por la cual se puso en agenda de las políticas públicas del Estado nacional la salud sexual y reproductiva, con el objetivo de que la población pueda gozar de la misma a través de una atención integral en los distintos niveles de complejidad, incluyendo la detección precoz y tratamiento de los cánceres ginecológicos, como el cáncer de mama y CCU, con medidas de control mamario y citología cervical uterina, respectivamente.

En el año 2004, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que, en la mayoría de los países de las Américas, la falta de normas de procedimiento y directrices para la preven-

ción y el control del CCU hace difícil institucionalizar programas y lograr una estandarización de las prácticas (OPS, 2016). Atento a ello, durante 2007 financió el Proyecto de Mejoramiento del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina, en el cual incluyó un diagnóstico base acerca de la situación del CCU en este país.

En tanto, en junio de 2008 se lanzó El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (Ministerio de Salud de la Nación, 2014) como resultado de una decisión política de dar prioridad al tema y que ha sido declarado una cuestión igualmente prioritaria en la agenda de salud pública internacional (Ramírez Rodríguez, 2014).

El objetivo de Programa es la reducción de la incidencia y mortalidad por el CCU en la Argentina y se propuso metas de cobertura, de calidad de toma de muestras y de lectura de citología, como también de seguimiento de lesiones precancerosas y cáncer. Trabaja en articulación con los programas provinciales, identificando como primordiales aquellas situaciones que presentan mayor tasa de incidencia y mortalidad, por eso en una primera fase, abarcó las provincias de Misiones, Salta, Jujuy, Formosa y Chaco. Implica el desarrollo de actividades de provisión de insumos y equipamientos para la toma y lectura del PAP, la producción de materiales educativos para la población y profesionales de la salud, actividades de monitoreo y evaluación, diseño de un sistema de información unificado y control de calidad.

Las acciones están focalizadas en las mujeres de 35 a 64 años en situación de vulnerabilidad social. La meta del Programa es que el 80% de las mujeres de las provincias prioritarias hayan realizado por lo menos un test de PAP. Luego, prevé alcanzar la misma cobertura entre las mujeres mayores de 64 años sin cobertura de salud de esas provincias. También se espera que el 90% de las mujeres con lesiones de alto grado por CCU hayan recibido tratamiento dentro de los seis meses posteriores al diagnóstico. El seguimiento de las mujeres en tratamiento se concibe como fundamental para el Programa, al igual que la creación de un registro informatizado a nivel nacional y la puesta en marcha de una red de laboratorios capaces de analizar los PAP con estándares internacionales de calidad (Ramírez Rodríguez, 2014).

En la provincia de Santa Fe, dentro de las acciones de promoción y cuidado de la salud, funciona la Agencia de Control de Cáncer y el Sub Programa Provincial de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, que funciona dentro de Programa de Detección Precoz del Cáncer Femenino (Ley 11.645/98) y que trabaja en sintonía con la Estrategia del Programa Nacional para reducir la mortalidad de CCU; reducir la proporción de pacientes con estadios avanzados al diagnóstico; garantizar el tratamiento adecuado; brindar mejor calidad de vida a las pacientes con diagnóstico cáncer; fortalecer las regiones a través de la provisión de insumos; descentralizar las prácticas intermedias y de capacitación que conviertan a esas regiones en autónomas ante la solución de problemas; elaborar y difundir lineamientos sobre toma correcta de la muestra para realizar el PAP, colocación de dispositivo intrauterino, funcionamiento de laboratorios de citologías centralizados y recomendaciones para derivación de mujeres según resultado del PAP, entre otros propósitos (Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Sub Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, 2011).

En lo que corresponde a la Seguridad Social⁴, el Programa Médico Obligatorio (PMO)⁵ está basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud como estrategia organizadora de los servicios sanitarios, por lo que no solo cubre prestaciones curativas sino también preventivas. Dentro de los programas de prevención se encuentran los concernientes a la prevención de cánceres femeninos, en especial el de mama y el cérvicouterino. La Obra Social de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), reconoce el PAP como práctica anual y otorga la consulta para la misma en forma gratuita.

3.2. Generalidades respecto del CCU y el PAP

El CCU es una enfermedad que se produce cuando las células del cuello uterino comienzan a transformarse de manera anormal. Estas transformaciones o alteraciones en las células son conocidas como “lesiones”. Existen diferentes grados de lesiones y algunas son precursoras del cáncer.

Así, estas lesiones precancerosas del cuello uterino se advierten como cambios diferenciados en las células epiteliales, que empiezan a desarrollarse de modo anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por el Virus del Papiloma Humano (VPH). En la mayoría de los cánceres, la fase precursora es breve como para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento. En el CCU, esta fase precursora (lesiones precancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor (entre 10 y 20 años)(Ministerio de Salud de la Nación, 2014), por lo cual abre una amplia ventana de oportunidad para detectar y tratar las lesiones con muy alta probabilidad de curación (OPS, 2016).

La infección por VPH es causa necesaria para el desarrollo del CCU. Se ha demostrado una asociación del 99% entre el VPH y CCU (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). La misma es muy común en las mujeres jóvenes sexualmente activas y su principal vía de transmisión es la sexual. El preservativo no tiene eficacia comprobada como método de prevención para este tipo de contagio. No obstante, esta infección, en la mayor parte de los casos, es transitoria, se autolimita y no trae consecuencias oncopatogénicas.

Los VPH de alto riesgo pueden producir una displasia de bajo grado tras meses o años de corrida la infección. La mayoría no progresa y solo el 5% de las mujeres infectadas con VPH de alto riesgo contraen infección persistente y algunas de ellas evolucionan a carcinoma invasivo.

Se han identificado 40 tipos de VPH que afectan el tracto anogenital de mujeres y hombres, de los cuales 15 son considerados de alto riesgo oncogénico. Se clasifican como: de alto riesgo que se encuentran en infecciones persistentes benignas; de alto grado y con lesiones exclusivamente malignas; probables de alto riesgo, y de bajo riesgo, presentes en lesiones benignas con mínimo riesgo de progresión maligna. Los VPH 16 y 18 son los más frecuentes.

⁴ El Sistema de Salud en la Argentina está conformado por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Cada uno de ellos es financiado por diferentes fuentes públicas y privadas. La Seguridad Social está conformada por las obras sociales nacionales, provinciales, de las Fuerzas Armadas y seguridad, de las universidades nacionales, y de los poderes legislativos.

⁵ El Estado, como garante del derecho a la salud, tiene función de rectoría, regulación y control global de las actividades del sistema. Es así que, por medio del PMO, las obras sociales están obligadas a brindar prestaciones médicas asistenciales mínimas, incluyendo los medicamentos. Este PMO es elaborado por la Superintendencia de Servicios de Salud –dependiente de la cartera sanitaria nacional–, encargada de dictar las normas que rigen el funcionamiento de estas instituciones.

El VPH es causa necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo del CCU (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Deben existir otros factores, como los dependientes del virus (persistencia de la infección en exámenes repetidos, carga viral por unidad celular); los ambientales, el uso de anticonceptivos hormonales orales (cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo); conducta sexual de la población (conforme a un mayor número de compañeros sexuales de la pareja, ya que el hombre se comporta como transmisor de factores de riesgo de una mujer a otra); el estrato socioeconómico (las condiciones sociales y económicas en la población de más bajo nivel denotan el bajo acceso a los planteles educativos, fuerza laboral informal, además de, casi siempre, contar con precarias condiciones de vivienda y nutrición).

Esta patología se considera dentro de las enfermedades de la pobreza. Varios estudios indican que la mayoría de las personas que la padecen son mujeres socialmente vulnerables, es decir, son mujeres pobres, con bajo nivel educativo, sin obra social, sin pareja, pertenecientes a hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), desocupadas o inactivas o con empleos informales y que no acceden a programas de tamizaje (Arrossi, Paolino, 2008:163).⁶

El VPH está ampliamente distribuido en la población. Se adquiere tempranamente, cuando se inician las relaciones sexuales. Más del 70% de las personas adultas es probable que hayan tenido contacto con el virus en algún momento de su vida, pero la infección per se no implica necesariamente desarrollo de enfermedad, sino que puede cursar como una infección transitoria que se resuelve espontáneamente.

En la actualidad, existe la oportunidad de aplicar métodos de prevención y control de CCU que abarca el ciclo de la vida, inicia con la vacuna contra el VPH (incorporada al carné obligatorio de vacunación para las niñas de 11 años), el test de VPH, el PAP y la colposcopia. Los que se encuentran ampliamente disponibles y se usan de manera habitual son el PAP y la colposcopia. La vacuna se incorporó en el año 2011 al calendario nacional.

El test de PAP es un método de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero y se fijan en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo microscopio (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Según la Agencia del Control del Cáncer de la Provincia de Santa Fe, las mujeres de entre 30 y 64 años deben ser tamizadas con PAP y test de VPH (si este último se encuentra disponible) según los intervalos correspondientes (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, marzo de 2018).

En los últimos años ha crecido la evidencia científica acerca de la baja efectividad de tamizaje en población adolescente y adulta joven, ya que tiene un impacto limitado en la reducción de la incidencia y mortalidad. Tomando en cuenta dicha evidencia, la reunión de expertos sobre tamizaje de cáncer de cuello de útero realizada por la International Agency for Research on Cancer (IARC-OMS) en 2005 estableció como una de sus principales conclusiones que no se recomienda el tamizaje en mujeres de menos de 25 años (IARC, 2005).

Si bien el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino recomienda esa edad para el inicio del tamizaje, establece como grupo objetivo el rango de edad entre 35 y 64 años mediante citología convencional de alta calidad debido que hay evidencia de disminución de la incidencia de cáncer cervical en un 80% (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

⁶ El tamizaje es un método de prevención que consiste en detectar, dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas que, si no se tratan, pueden transformarse en cáncer (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Con relación a la frecuencia del tamizaje, los programas nacional y provincial recomiendan hacerlo con citología convencional (PAP) cada 3 años luego de dos citologías consecutivas negativas (1-1-3), y no tamizar con citología antes de cumplidos los 3 años del inicio de las relaciones sexuales. Estas recomendaciones se basan en la reunión de expertos llevada a cabo por la IARC en el año 2004, donde se concluyó que el tamizaje cada 3-5 años permite reducir la incidencia de CCU en por lo menos un 80%(IARC, 2005).

El Consenso Nacional Inter-sociedades sobre Cáncer de Cuello Uterino (Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, agosto de 2015),convocado por la Academia Nacional de Medicina por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos, aúna los criterios propuestos por los profesionales que se encuentran involucrados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los tumores de cuello uterino.En este sentido, y en cuanto a la periodicidad, expresan que la baja sensibilidad de la citología exfoliativa como estudio único, que conlleva a una considerable cantidad de falsos negativos, se reduce con su repetición periódica.La extensión de los plazos de periodicidad del control podría prolongarse de 3 a 5 años cuando dispongamos del cotest molecular asociado a la citología exfoliativa y no se asocien otros factores de riesgo, como el recontagio con el VPH, presencia o aparición de cofactores vinculados o signo-sintomatología de alteración genital. En nuestro medio, el tamizaje individual asocia clásicamente la citología exfoliativa con la colposcopia para disminuir sus falsos negativos con razonable eficacia. La periodicidad podría acortarse con el mismo objetivo, dependiendo del criterio profesional y de las características de cada paciente, recomendándose realizar una citología anual.

El PAP puede hacerse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra, sea este un centro de Atención Primaria de la Salud o un hospital con mayor nivel de complejidad. Así, es posible descentralizar la toma de PAP para favorecer el acceso al tamizaje de toda la población objetivo.

El personal encargado de realizar la toma debe ser debidamente capacitado y entrenado en la técnica de la toma. Se pueden capacitar para realizar esta tarea: médico/as ginecólogo/as y obstetras; médicos generalistas o de familia; otros profesionales médicos; obstétricas/ parteras; enfermeros/as.

En Santa Fe capital, Esperanza y Paraná, existen servicios públicos y privados con insumos básicos, personal capacitado, laboratorios para el procesamiento de las muestras, y un laboratorio público central de procesamiento de PAP “Dr. Daniel Rocco” puntualmente en la ciudad de Santa Fe.

Pero aunque se cuenta con personal capacitado, tecnologías y estrategias para un mejor acceso de las mujeres a las medidas preventivas disponibles, lamentablemente todavía hay un grupo de ellas que no participa de dichas prácticas. Esto se puede deber a muchos factores que limitan el acceso a los servicios, como los horarios de atención, las distancias, la falta de transporte, las condiciones laborales, u otras barreras vinculadas con lo cultural y el género.

3.3. Antecedentes

Diversas investigaciones se han abocado al estudio de los conocimientos, prácticas, percepciones, actitudes de grupos de mujeres con relación al PAP y al CCU. En Lima, Perú, durante 2005-2006, Fernando Bazán, Margarita Posso y César Gutiérrez(2007), realizaron un estudio en 501 mujeres en edad fértil que asisten a los consultorios externos del Hospital Nacional Docente

Madre-Niño buscando determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prueba de PAP y para hallar la asociación entre la edad y el grado de instrucción frente a dichas variables. Encontraron que el 89,4% de la población estudiada tenía conocimientos bajos e intermedios sobre el PAP, con una clara actitud desfavorable frente a la toma del mismo (66,1%) y con un 77,6% de prácticas incorrectas. Observaron que, a mayor grado de instrucción, había mayor probabilidad de tener mayor nivel de conocimiento y una actitud favorable. No encontraron asociación estadística significativa entre actitud y práctica. También se obtuvo de este grupo que el mayor nivel de conocimiento no estuvo relacionado con la práctica correcta del PAP. Entre los motivos por los cuales las mujeres no se realizaban periódicamente el PAP encontraron la preferencia porque el médico sea mujer (34,2%), la falta de tiempo (24%) y el miedo a que los resultados que no fueran normales (22%).

En igual sentido, el estudio realizado por Charles Huamaniet al. sobre “Conocimientos y Actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007”(2008), en 502 mujeres en edad fértil, con promedio de 27 ± 8 años, procedentes de los 42 distritos de Lima, determinó, usando regresión múltiple, la asociación de bajos conocimientos con actitud negativa o indiferente. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9% (IC95%: 21,0-28,7%), lo cual estuvo asociado con un menor nivel educativo (ORa: 3,1; IC95%: 1,0-4,1) y con una historia de PAP inadecuada (ORa: 2,8; IC95%: 1,6-4,9). La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7% (IC95%: 15,2-22,2%), ligada a un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC95%: 1,37-0,9), historia inadecuada de PAP (ORa: 2,0; IC95%: 1,1-3,6) y haber tenido más de dos parejas sexuales (ORa: 2,6; IC95%: 1,3-5,3). Se concluyó que un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del test en mujeres de Lima.

En Chile, en una investigación efectuada por María Teresa Valenzuela y Amelia Miranda sobre “¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile”(2001:75-80), exploraron las razones por las que las mujeres de entre 25 y 64 años, beneficiarias del sector público de salud, no acudían a tomarse el examen de PAP. Utilizaron el Modelo de Creencias de Salud y metodología cualitativa para la exploración de conocimientos, actitudes y prácticas, y encontraron como barreras psicológicas para la acción: miedo a recibir un resultado adverso, dolor en el examen, falta de higiene de los materiales, pudor producto de la falta de privacidad o de la confianza con el profesional, creencias erróneas acerca de que es solo para mujeres jóvenes, en edad sexual activa.

En ese mismo país, María Teresa Urrutiaet al. realizaron un estudio sobre “¿Por qué las mujeres no se hacen el PAP? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE (2006)” (2008:98-103), cuyo objetivo fue examinarlas percepciones sobre el PAP de un grupo de mujeres chilenas con lesiones preinvasoras de cuello de útero. El trabajo se llevó a cabo sobre 237 mujeres ingresadas al programa AUGE del Servicio Metropolitano Sur-oriente de Santiago de Chile. Observaron que las principales razones para no hacerse el PAP y no acudir a buscar los resultados eran: ausencia de preocupación al respecto; problemas relacionados con los procedimientos, como miedo, vergüenza, incomodidad; falta de tiempo y de conocimiento. Concluyeron que los profesionales de la salud estaban en situación de cambiar la perspectiva que las mujeres tenían y por lo tanto de mejorar la educación y la práctica de *screening* en las mujeres.

Asimismo, María Teresa Urrutia investigó sobre las “Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino de este grupo de mujeres chilenas” 2012:3-10). Advirtió que eran variadas las descripciones en cuanto a las creencias y a cómo estas se relacionaban con las conductas preventivas en CCU. El estudio fue analítico, de corte transversal, realizado en 333 mujeres chilenas usuarias del servicio de ginecología del Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. Cotejó

las creencias sobre el PAP y el CCU con un instrumento desarrollado y validado en población chilena (CPC-28), y obtuvo como resultado que el 96% de las mujeres refería tener hecho un PAP en los últimos 3 años. El antecedente familiar era reportado por el 49,8% como causa de CCU. La barrera principal para adherir al PAP era la falta de conocimiento respecto de la edad requerida, y la principal señal de acción que impulsaba a que la mujer adhiriera al tamizaje era la indicación entregada por el doctor. Se indicaba que el beneficio más importante era el cuidado de la salud. El 14,1% señaló la presencia de relaciones sexuales como necesaria para realizar el tamizaje, en tanto que el 17,4% de las mujeres se percibía fuera de riesgo de desarrollar un CCU; y cabe decir que las dimensiones estudiadas se correlacionan entre sí. Concluyó que las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población, empezando por valorarlas y comprenderlas para, posteriormente, poder modificarlas.

Por último, María Teresa Urrutia, ahora acompañada por Macarena Gajardo, llevó a cabo un estudio sobre “Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje”(2017). El objetivo fue identificar la relación entre la adherencia al tamizaje de CCU y las creencias sobre este mismo y el PAP en mujeres chilenas, con una muestra probabilística de 969 mujeres de entre 25 y 64 años de edad, beneficiarias del sistema de salud público y pertenecientes a la comuna de Puente Alto en Santiago, Chile (marzo de 2014 - octubre de 2015). Se midieron variables sociodemográficas, adherencia al PAP y creencias respecto del PAP y CCU. Se obtuvo que la mayor adherencia al tamizaje de CCU tiene relación significativa con el sentimiento de bienestar al estar cuidando la salud; la percepción de menor cantidad de barreras para tomarse el PAP particularmente en mujeres que adhieren en el sistema privado; el conocimiento de la radio o quimioterapia como tratamiento para el CCU; la percepción del riesgo personal de desarrollar la enfermedad; el entendimiento de que los síntomas no son un requisito para el PAP; y la motivación dada por profesionales de salud o la madre. Se concluyó de igual forma que en la anterior investigación.

En la República Oriental del Uruguay, un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino”, realizado por los Dres. Guillermo Rodríguez, Cecilia Caviglia, Rafael Alonso, Adela Sica, Sofía Segredo, Ima León y Ignacio Musé (Rodríguez et al., 2015), se planteó como objetivo determinar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y el estadio de la enfermedad en usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell y del Hospital de Clínicas con el diagnóstico de CCU invasor efectuado durante el año 2009. Obtuvieron como resultado de las entrevistas, a 68 pacientes con una edad promedio de 50 años, que el 75% de las usuarias contestó en forma adecuada sobre la utilidad del test y el mismo porcentaje declaró que no se lo hacía por falta de motivación. No existía la percepción de que la prueba fuera dolorosa o prefiriera que no sea realizada por una mujer; sin embargo, a 23 de esas mujeres les causaba un poco de vergüenza. En la práctica, solo 13% de las pacientes se había hecho el PAP por control. Las principales barreras declaradas fueron las demoras en la sala de espera y en acceder a la fecha y hora para realizarse el estudio en los servicios de salud. El 47% de los casos encuestados inició su tratamiento en estadios avanzados de la enfermedad. Los investigadores arribaron a la conclusión de que las usuarias no asumían una conducta preventiva a pesar de tener el conocimiento adecuado.

En Colombia, una investigación sobre “Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal” en la Universidad Nacional de Colombia, llevada a cabo por Diana Carolina Rubio León y Martha Restrepo Forero (2004:102-112), se orientó al estudio de la relación existente entre las variables psicosociales propuestas por el Modelo de Creencias en Salud y la realización de la citología vaginal por parte de una muestra de mujeres universitarias de entre 18 y 27 años. En la primera fase del estudio se construyó una batería de instrumentos con el fin de evaluar las diferentes variables de interés: sociodemográficas, psicosociales, de riesgo, y vinculadas a la conducta saludable. En la segunda fase se hizo un estudio descrip-

tivo correlacional exploratorio con una muestra de 110 mujeres universitarias. Se observaron distintas asociaciones entre las variables evaluadas y el hecho de hacer la citología vaginal, en donde las variables barreras percibidas, motivación para la salud y señales para la acción mostraron asociaciones importantes con la realización y el mantenimiento de dicha conducta saludable. Las mujeres que se habían efectuado la citología vaginal pudieron ser caracterizadas como personas que consideraban los beneficios de la citología vaginal como muy importantes en cuanto a la detección temprana del CCU, percibían pocas barreras para la realización del examen, estaban permanentemente motivadas por su salud y dispuestas a desplegar varias conductas que les aseguraran el mantenimiento de esta condición. Las personas que reportaron no haberse realizado la citología se caracterizaban por valorar las barreras asociadas al examen como más importantes que los factores que podrían facilitar su realización. Con referencia a las señales, reconocían las internas y externas, sin que estas se constituyeran como elementos suficientes para decidir realizarse el examen. Estas mujeres consideraban que mantener buena salud podía ser algo importante en su vida pero realmente no estaban dispuestas a sostener conductas saludables.

En Argentina, a través del Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES), Silvina Ramos, María Cecilia Tamburrino, Ana Aguilera, Alejandro Capriatti, Paula Lehner y Lorena Peña, se abocaron a una investigación sobre “Significaciones culturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer colorrectal, de mama y de cuello de útero: un estudio sociocultural para orientar la política comunicacional de los programas de prevención” (2013). El estudio tuvo un diseño exploratorio-descriptivo y utilizó una estrategia metodológica cualitativa para la producción, el procesamiento y el análisis de los datos. Se combinaron dos técnicas de relevamiento de información: la entrevista en profundidad y el grupo focal. Las entrevistas fueron utilizadas para explorar las siguientes dimensiones: la relación con el sistema de salud y el uso que hacían de él; la concepción de la salud y la enfermedad; las representaciones y los conocimientos sobre el cáncer en general y sobre el cáncer colorrectal (CCR), el cáncer de mama (CM) y el CCU; la percepción del riesgo; las creencias y las prácticas preventivas; las creencias y actitudes hacia los estudios de detección temprana; los canales, los interlocutores y los tipos de información sobre el cáncer considerados útiles. En los grupos focales se abordaron, a su vez, las conductas de prevención, los conocimientos, las creencias y los mitos sobre cada uno de los tipos de cáncer focalizados y las estrategias comunicacionales consideradas más apropiadas según la opinión de los participantes para llegar a la población. Concluyeron, con relación al CCU, que el conocimiento acerca de las causas de la enfermedad y las prácticas que permiten su prevención (test de VPH y PAP) era difuso. Este cáncer era considerado como una enfermedad dolorosa e invasiva, con síntomas como las hemorragias y los dolores intensos, al tiempo que se compartía la creencia de que las relaciones sexuales tienen incidencia en su desencadenamiento. Dichas creencias se sostenían en representaciones ligadas a la enfermedad en etapas avanzadas de su desarrollo más que a las formas de detección temprana. La noción de cura estaba asociada al diagnóstico en etapas incipientes, aunque esta creencia se contrarrestaba con otras de origen religioso o con experiencias cercanas asociadas a la fatalidad. El PAP no aparecía asociado directamente a la prevención de este cáncer sino como parte del conjunto de estudios ginecológicos de rutina o de control de embarazo. Los estudios específicos quedaban así subsumidos a un paquete de intervenciones sin que pudieran asociarse los beneficios directos de cada uno de ellos. Las mujeres tenían dudas y concepciones erróneas respecto de las recomendaciones de edad y frecuencia de realización del PAP y existía una creencia relativamente generalizada acerca de que no era necesario hacer la prueba si no se tenían relaciones sexuales. Los conocimientos sobre este cáncer y el PAP eran adquiridos fundamentalmente a través del boca a boca en circuitos de familiares, amigas o vecinas. Los medios de comunicación y las campañas específicas también formaban parte del universo de fuentes de información referido.

En “Percepción de riesgo y opiniones sobre el Cáncer de Cuello de Útero y el Cáncer de Mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires”, la Lic. Marisa Ponce (2012:6-12) plantea que las consultas de las mujeres para la realización del PAP y la mamografía se ven dificultadas por diversos factores sociales y culturales. La frecuencia de esos exámenes en el período reproductivo es baja y disminuye a medida que avanza la edad. El objetivo de la investigación fue describir las opiniones de las mujeres adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) sobre el CCU y de mama, sus técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas. Se trabajó con datos primarios obtenidos en 2004 y 2005 a partir de entrevistas en profundidad. Se trató de una muestra intencional conformada por 30 mujeres de 50 a 64 años pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y medios que residían en CABA. Los resultados encontrados fueron que el miedo al cáncer, la asociación entre el sentirse y el saberse enferma, el desconocimiento de las ventajas del PAP y de la mamografía, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes, la persistencia de tabúes incorporados en la socialización y el papel desempeñado en los cuidados de familiares, influyeron en la percepción del riesgo de contraer cáncer y en las prácticas preventivas. Se concluyó que, aunque en la adultez parecía existir un mayor conocimiento sobre el cáncer, subsistían numerosas barreras socioculturales que impedían a las mujeres permanecer en los procesos de cuidados que ayudan a evitar la enfermedad.

Melisa Paolino y Silvina Arrosi, en un estudio sobre “Análisis de la relación entre los conocimientos de las mujeres acerca del papanicolaou y el cáncer de cuello de útero, y la realización de PAP”(2010), plantean que un componente fundamental de un programa de tamizaje es la alta cobertura de realización de PAP, la que está determinada por factores sociales, económicos y culturales. Entre estos factores se encuentra el conocimiento que poseen las mujeres acerca de la enfermedad y sus formas de prevención. Los objetivos específicos de este trabajo fueron: 1) describir los conocimientos de las mujeres acerca del CCU y formas de prevención; 2) analizar la relación entre nivel de conocimiento sobre la enfermedad y la realización del PAP; y 3) describir los conocimientos de las mujeres acerca del VPH. Se basó en una estrategia metodológica cuantitativa. Se realizó un estudio de casos y controles con usuarias del Hospital General de Agudos Eva Perón del partido de San Martín, perteneciente a la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, siendo el caso 100 mujeres con PAP en los últimos tres años. Y controles: 100 mujeres sin PAP en los últimos tres años o que nunca lo hayan realizado. Se encuestó a mujeres que se encontraban en las salas de espera de la institución. El cuestionario estructurado estaba compuesto por cinco módulos: características sociodemográficas, uso del sistema de salud, conocimiento acerca del PAP, del CCU y sobre VPH. Los resultados indicaron que las mujeres con conocimiento adecuado poseían más del doble de la probabilidad de realizar PAP que aquellas con conocimiento inadecuado (OR: 2,6 95% IC: 1,4-4,8). Se observó, a su vez, una relación significativa entre cobertura de salud y realización de PAP (cobertura de salud de obra social OR: 2,6 95% IC: 1,1-6,4) y situación conyugal y realización de PAP (mujeres con pareja OR: 1,8 95% IC: 1,1-3,4).

En Rosario, Argentina, Marilina Santero, becaria del Registro de Cáncer Departamento Rosario (RECADER), Sistema Municipal de Epidemiología (SIME), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, llevó a cabo un estudio sobre “Percepciones socioculturales sobre el PAP y el cáncer cervicouterino en mujeres de la comunidad Qom” durante el período 2013-2014. Los objetivos fueron describir los conocimientos, prácticas y percepciones que tenían las mujeres de la comunidad Qom de la ciudad de Rosario sobre su salud, el CCU y la práctica del PAP. Se hizo un estudio descriptivo, de carácter cualitativo, utilizando la técnica de grupos focales, que incluyó a 25 mujeres autorreconocidas como pertenecientes al pueblo Qom, con edades comprendidas entre 18 y 64 años. Los problemas referidos por la mayoría de las mujeres fueron diferentes según el grupo etario. Consultaban principalmente con sus pares y confiaban en algunos de los

médicos de los servicios de salud. Les costaba conceptualizar el CCU. El término utilizado para referirse al cáncer en lengua *qomes na'agaeste* o *cagagae*. Referían que el cáncer ya estaba “adentro” de la mujer. La gran mayoría había escuchado hablar del PAP, el cual era reconocido como medida importante en el cuidado de la salud de las mujeres. Las principales barreras se concentraban en factores subjetivos, como el miedo y la vergüenza. Se obtuvo como conclusión que, según la mirada de esas mujeres, existían barreras para su comunidad en el acceso a los servicios de salud, y en este caso a los programas de tamizaje, lo que requiere un abordaje intercultural que las incluya en la planificación. Es necesario un enfoque de los equipos de salud que respete y comprenda la preexistencia de otras concepciones de salud e interprete costumbres como una característica cultural y no como un obstáculo.

Otra investigación, efectuada a través del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por Nina Zamberlin, Laura Thouyaret y Silvina Arrossi, sobre “Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP” (2013:54), se propuso analizar el conocimiento y las percepciones de mujeres de cuatro de las provincias argentinas con mayor mortalidad por esta enfermedad (Jujuy, Misiones, Salta y Chaco) y la provincia de Buenos Aires acerca del CCU, sus causas y métodos de prevención y tratamiento, e identificar las barreras de acceso a los servicios de tamizaje. El propósito final del trabajo fue contar con información que permitiera el diseño e implementación de estrategias de aumento de la cobertura del tamizaje teniendo en cuenta la perspectiva de las mujeres. En el año 2008 se conformaron 6 grupos focales en Jujuy y Chaco, y en 2010 se llevó a cabo una nueva serie de 8 grupos focales en Salta, Misiones y la provincia de Buenos Aires. Los resultados de la última etapa complementaron la información obtenida en los primeros grupos y aportaron la visión específica de las mujeres de comunidades originarias, considerando que esta población presenta particularidades en el acceso al sistema de salud. Las mujeres que participaron de los grupos focales fueron 79, de entre 25 y 64 años, pertenecientes a estratos sociales bajos provenientes de diferentes localidades urbanas y semirurales de Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y la provincia de Buenos Aires. Los grupos se constituyeron por tramos de edad (25 a 39 años y 40 a 64 años) y en la convocatoria se hizo un esfuerzo por incluir a mujeres que nunca se habían realizado el PAP o que lo habían hecho hacía más de tres años. En Salta se armó un grupo con mujeres de las comunidades originarias de Misión Evangélica Bautista, Colonia Santa Rosa y Orán; y en Misiones, en la Aldea Perutí, El Alcazar y departamento Libertador General San Martín. La guía de discusión se estructuró en 5 ejes temáticos: 1) problemas de salud específicos de las mujeres; 2) conocimiento sobre CCU y percepción de riesgo; 3) relación entre VPH y CCU; 4) conocimiento de medidas de prevención del CCU; y 5) barreras y facilitadores para la realización del PAP. Los resultados de la investigación revelaron que, en general, el conocimiento que poseían sobre las causas del CCU era vago y difuso. Conocían el PAP como un estudio asociado a la salud de las mujeres, pero no siempre pudieron definir su utilidad o relacionarlo con la prevención del CCU. Este desconocimiento se encontraba acentuado en mujeres mayores que nunca se habían realizado un PAP. Las barreras identificadas para hacerlo se asociaban con la timidez y/o vergüenza o el temor de descubrir que estaban enfermas. Las malas experiencias propias y ajenas con la calidad de la atención recibida en los servicios de salud también aparecían como barreras para hacerse el PAP (largos tiempos de espera, oferta de horarios de turnos restringidos, malos tratos, condiciones de infraestructura deficientes). Asimismo, la dificultad para actuar preventivamente vinculada a la noción de que nadie está exento de padecer cáncer, que existe en estado “latente” y que no tener síntomas es indicativo de buen estado de salud.

Por último, la única investigación encontrada en la Argentina en una comunidad universitaria es una tesis de posgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional de la Plata sobre “Conocimiento, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata”, de Eliza-

beth Ramírez Rodríguez (2014). El objetivo del estudio fue describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que influían en la toma de muestra de PAP en las mujeres trabajadoras del área docente y administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, de manera de optimizar el cumplimiento regular de este procedimiento en dicha población. Fue un estudio de corte transversal que permitió identificar los conocimientos que tenían las mujeres sobre el PAP en un ámbito laboral ligado al área de la salud, y cuáles eran las actitudes que les hacían posible decidir acceder a la toma del examen como práctica de autocuidado.

En este estudio se analizaron las respuestas de 200 mujeres encuestadas, de las cuales 144 eran docentes y 56 no docentes. La investigación muestra que el 52,5% de las mujeres encuestadas era soltera, seguidas de un 29% de mujeres casadas. En cuanto al nivel de escolaridad, el 85,5% de ellas había cursado por lo menos una carrera universitaria, siendo el principal cargo desempeñado el de docente, con una participación del 70,5%. Dentro de las profesiones, se destacaban las empleadas administrativas con un 25,5%, seguido de un 19% de profesionales en Medicina; y dentro de las otras profesiones se contaba con estudiantes (18%), investigadora (11%), bioquímicas (10,5%), biólogas (6,5%) y licenciada en Comunicación Social (1%).

Las mujeres encuestadas estaban afiliadas a servicios de salud, principalmente a obras sociales (87,5%). De la totalidad de la muestra, el 98% de las mujeres refirió que la prueba de PAP era un examen del cuello uterino; el 92,5% dijo que se tomaba en el cuello uterino. Por otro lado, el 92,14% de las docentes y el 83,33% de las no docentes se practicaban la toma cada año. Respecto del lugar donde habían recibido la información, se destacó, con el 58%, el consultorio privado, seguido de un 26,6% de otros lugares como la universidad, conocimiento general y la televisión; adicionalmente, el 72,8% dijo que la información les había sido proporcionada por el ginecólogo, seguido de otros (11,8%), como profesores y compañeros de trabajo. Se destaca que en un 3%, la información sobre la prueba la habían recibido a través de medios de comunicación y paneles informativos.

Al indagar en cuanto a por qué se habían practicado la prueba, de las 187 mujeres que refirió haberse la hecho alguna vez, el 59,5% dijo que fue por iniciativa propia. Sin embargo, el 85,5% encuestadas reclamaban siempre los resultados de las pruebas, mientras que algunas mujeres dijeron no reclamarlos o hacerlo a veces a causa de falta de tiempo u olvido.

El 87,05% de las mujeres docentes tenía conocimientos adecuados acerca de la prueba de PAP, frente a un 80% de las no docentes. Además, se observó que el 78,14% de las docentes presentaba prácticas adecuadas, frente a un 76,33% de las no docentes. El 91,5% del total de las mujeres entrevistadas conocía la utilidad de la prueba.

Tal como se relaciona en otros estudios de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prueba de PAP, existen dos determinantes que favorecen la detección temprana del CCU, los cuales son la educación y el conocimiento. Por lo tanto, cuando las mujeres tienen más facilidad para entender la información recibida toman decisiones asertivas en pro de su estado de salud. Esta última investigación concluyó que, a pesar de contar con conocimientos sobre la toma de PAP, existían algunas diferencias en las actitudes, la decisión de la toma de la prueba y la ejecución efectiva del test por parte de las mujeres, dependiendo si estas eran del grupo de docentes o de no docentes.

Del mismo modo, puede decirse que las mujeres en su ámbito laboral podrían convertirse en población cautiva que favorezca el fortalecimiento del Programa Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino de la provincia de Buenos Aires, incluyendo el proceso adecuado de toma, entrega de resultados y campañas de educación para el afianzamiento de los conocimientos sobre el tema.

4. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. La perspectiva teórica de la Salud Pública

En salud pública, y sus formas principales de acción mediante la educación para la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, las teorías y modelos, permiten la identificación de los objetos de cambio y las estrategias y métodos más apropiados para predisponer, facilitar o reforzar dichos cambios (Cabrera, 2004).

El uso de un referente, de un modelo o teoría, facilita, por ejemplo, la comprensión de una situación o problema de salud, de cómo los individuos o colectivos realizan o modifican su comportamiento, así como las características y dinámica del contexto en que estos eventos ocurren (ídem).

Esta comprensión de los determinantes y las características asociadas con el comportamiento humano o social con efectos en la salud genera, para los actores involucrados, una posición favorable para el diseño, implementación y evaluación de estrategias y acciones dirigidas a metas que promueven la salud del público (ídem).

Las teorías y modelos en salud pública se han sucedido históricamente pero de una manera no lineal; a veces en contradicción y, en otras ocasiones, complementándose en la práctica pero generando siempre un cuerpo de conocimiento al respecto.

Diferentes corrientes y escuelas cercanas a la salud pública y la epidemiología han propuesto modelos explicativos, desde las teorías miasmáticas hasta las demográficas; los modelos mecanicistas y los basados en el bienestar; los modelos tradicionales (biomédico y socioecológico); los aportes en las áreas biológicas y psicosociales o comportamentales y, entre estos, los enfoques de la promoción de la salud (Franco, 2006).

Así, en el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo-conductual. Para la Psicología de la Salud se destacan el Modelo de creencias en salud de Hochbaum (1956), el Modelo de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975), la acción planificada (1991), la Teoría Ecológica del Desarrollo (Bronfenbrenner, 1987), y la Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986), entre otras.

El cambio en el comportamiento de salud involucra una diversidad de factores sociales, cognitivos y emocionales que operan en concierto. Estos temas han sido objeto de estudio por parte de investigadores y teorías que actualmente se encuentran en debate en Psicología de la Salud y que intentan explicar la ocurrencia de la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad.

Aquellos basados en perspectivas centradas en el individuo, como el modelo del cambio de actitudes, incluyen aspectos psicosociales pero integrados en el mismo molde individualista, donde lo psicosocial (el grupo) termina articulándose en el cambio a través de los procesos cognitivo-conductuales implicados en el mismo. El individuo es concebido como protagonista del control sobre el cambio de comportamiento, control que tendría sobre la "cognición" y sobre sus intenciones y motivaciones desde el principio hasta el final del proceso de cambio inclusive (Álvarez, 2010).

4.2. Modelo de creencias en salud

EL Modelo de Creencias en Salud (MCS) permite aproximarse a la explicación de prácticas comportamentales que previenen enfermedades, protegen y promueven la salud, considerado estas como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. El comportamiento en salud y enfermedad es la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa asintomática (Cabrera, Tascón, Lucumí, 2001).

Han transcurrido más de 50 años desde la formulación de las bases conceptuales del MCS, considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud. En principio, se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, y más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento respecto de enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos. El modelo se construyó a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas teóricas directamente referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque se reconoce la fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, ampliamente dominantes durante los primeros 50 años del siglo XX (ídem).

En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. Entre estas, en particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que esta produzca el resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí (Soto Mas *et al.*, 1997).

Luego, se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco (ídem).

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa será la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. Desde esta perspectiva, se enfoca en la construcción o de toma de decisiones para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud (Cabrera, Tascón, Lucumí, 2001).

Los conceptos del modelo que determinan la conducta de salud son la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad). Desde esta perspectiva, las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción de beneficios y barreras) (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Para completar el modelo básico se identificaron otros factores modificantes, como las variables sociodemográficas (demográficas, psicosociales, estructurales) y las claves para la acción (consejos de familiares y amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad).

Las variables sociodemográficas pueden afectar la percepción individual y por lo tanto influir en las prácticas que se realicen. El nivel educativo, la edad, etc., tienen un efecto indirecto a través de las percepciones de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras.

Las claves para la acción se presentan como estímulos internos o externos. Según Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras que una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad.

Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del modelo de creencias de salud. El mismo es importante para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica, que requiere cambios comportamentales en un largo período.

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a este, y el hecho de que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse como la adopción de estilos de vida saludables.

La aceptación de esta hipótesis implica que la percepción individual es la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo, aunque este aspecto es más que discutible; y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, pero no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico. Como elemento predisponente, este modelo puede tener una utilidad en la prevención de enfermedades, máxime si se complementa con otros de reforzamiento y capacitación, tres componentes que favorecen el cambio de comportamiento (Soto Mas *et al.*, 1997).

4.3. El problema de investigación

La mayoría de las causas de morbimortalidad es prevenible y muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y los estilos de vida de las personas. Uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a identificar y explicar cómo las personas construyen y modifican sus decisiones y acciones (Hernández Martínez, 2010).

En la presente investigación se plantea identificar las percepciones y conocimientos que las mujeres tienen con relación a una conducta saludable (realización del PAP). Para ello, se trabajó con las dimensiones del MCS. En este sentido, tenemos como premisa que las mujeres se realizarían el PAP porque perciben que el cáncer y sus consecuencias son graves, que ellas están en riesgo de padecerlo, conocen los mecanismos de prevención y están motivadas a hacer el esfuerzo de la práctica a pesar de las barreras percibidas.

Por otro lado, una vez conocidas dichas percepciones y conocimientos, es preciso planificar acciones programáticas para la prevención del CCU.

Como se puede observar en el apartado Antecedentes, y en concordancia con Paolino y Arrossi (2010), en Argentina hay poca evidencia acerca de los conocimientos en torno al PAP y al CCU, menos aún en mujeres trabajadoras de una comunidad universitaria, en donde las determinaciones en salud, sus vulnerabilidades y distribución podrían ser diferentes, o no, de las de otros grupos de mujeres.

Por lo antes dicho, los interrogantes planteados son los siguientes: ¿cuáles son las percepciones y conocimiento que tienen las mujeres de esta comunidad universitaria con diferentes características sociodemográficas? ¿Cuáles son las relaciones entre las prácticas, el conocimiento, las percepciones acerca de la realización del PAP y los factores sociodemográficos?

5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de realización del PAP y sus relaciones en mujeres de diferentes características sociodemográficas pertenecientes a la comunidad de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), durante los años 2016 y 2017.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población abordada.
- Identificar el estado del conocimiento que tienen las mujeres sobre el PAP.
- Identificar las percepciones de las mujeres sobre la realización del PAP.
- Construir tipologías desde las prácticas de realización del PAP.
- Describir las asociaciones entre las prácticas, los conocimientos y las percepciones de realización del PAP y los factores sociodemográficos.

6. PROPUESTA Y DISEÑO GENERAL DEL MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, cuanti-cualitativo, en el cual se busca identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de realización del PAP y sus relaciones, en mujeres de diferentes características sociodemográficas pertenecientes a la comunidad de la UNL durante los años 2016 y 2017. La información analizada se obtuvo a través de la aplicación de encuestas autoadministradas a mujeres que trabajan en las distintas unidades académicas, bajo compromiso de confidencialidad y manejo seguro y ético de la información.

Los resultados del análisis serán insumo para el producto final de esta tesis, que propone estrategias de promoción y prevención en salud, y a su vez serán insumo para la propia universidad en el marco de la Dirección de Salud de la UNL.

6.1. Dimensiones de análisis (variables e indicadores utilizados en la encuesta)

6.1.1. Características sociodemográficas y reproductivas

- **Edad:** tiempo en años cumplidos transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.
- **Nivel educativo:** es el grado más elevado de estudios realizado por la mujer. Se discriminó en: primaria completa, incompleta; secundaria completa, incompleta; terciaria completa, incompleta, universitaria completa, incompleta. Título alcanzado del nivel de instrucción.
- **Estado civil:** situación de la mujer como persona física, determinada por su vínculo con otro individuo, que establece ciertos derechos y deberes: casada, viuda, soltera, conviviente, separada.
- **Atención de salud:** efector de salud donde se atiende para los respectivos controles o problema de salud: centro de salud del sistema público, centro de salud de la UNL, consultorio privado, hospital público de salud, sanatorio de salud.
- **Edad de inicio de las relaciones sexuales:** tiempo en años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de su primera relación coital. Se propuso ubicarla en rangos de edad: de 13 a 18, 19 a 24; 25 a 30; de 31 años o más.
- **Compañeros sexuales:** es la cantidad de personas con las que ha mantenido relaciones heterosexuales desde su inicio hasta la fecha de realización de la encuesta.

6.1.2. Prácticas de la realización del PAP

A los efectos de indagar sobre las prácticas de realización del PAP se preguntó: si la realizó, edad del primer PAP, si continúa realizándolo, con qué frecuencia, si retira los resultados, y cuándo fue la última vez que lo hizo.

Sobre la base del mencionado Consenso Nacional Inter-sociedades sobre el Cáncer de Cuello Uterino (Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, agosto de 2015) y los Programas Nacional y Provincial de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, en la presente tesis se adopta como práctica correcta de realización del PAP cuando las mujeres lo hayan empezado a hacer dentro de los 3 años de haber iniciado sus relaciones sexuales y lo continúen con una frecuencia anual hasta cumplidos los 64 años.

6.1.3. Percepciones sobre la práctica del PAP y el CCU

Las **señales de acción** se vinculan con la percepción de los requisitos y beneficios de realizar la práctica; el acceso a la información a través de campañas masivas, profesionales de la salud, la educación; lo que se dice sobre el tema en los círculos más cercanos, como madres, amigas, vecinas, pareja, etc.; y la experiencia con la enfermedad a través de conocidos y familiares con cáncer.

Las **barreras de adherencia** se relacionan con la organización y administración de la atención en los servicios de salud, con el cuidado en dicha atención y con los factores individuales ligados al descuido en cuanto a realizar los controles de salud, la disponibilidad del recurso tiempo, las emociones tales como el miedo a la prueba y a los resultados, el pudor y la vergüenza.

La **percepción de amenaza**, atinente a la percepción de severidad de la enfermedad y a la susceptibilidad de padecerla, se corresponde con que es una enfermedad grave, que tiene consecuencias (quimioterapia, histerectomía) y que podría padecerla.

A los efectos de indagar sobre estas dimensiones, se realizaron preguntas estructuradas y abiertas. Se interrogó acerca de qué la motiva o motivaría a hacerse la prueba como también sobre que estrategias institucionales favorecerían su realización.

Al grupo que se hizo el PAP una vez y no continuó se le preguntó por los motivos por los cuales no volvieron a realizarse la prueba.

6.1.4. Conocimiento sobre el PAP

El conocimiento se valoró por medio de 5 preguntas que incluían el nivel de conocimiento que tenía la mujer sobre qué clase de prueba es el PAP, con qué frecuencia había que hacerla; cuál consideraba que era el beneficio de hacerla con relación a la salud, desde cuándo y si requería de alguna preparación previa.

6.2. Trabajo de campo

Se efectuó un primer contacto con las Secretarías de Extensión de cada una de las unidades académicas, se comunicó sobre el trabajo y se solicitó el acceso al listado del personal femenino, los horarios de trabajo y un referente con quien contactarse para el desarrollo de la actividad.

Las dinámicas fueron disímiles en cada facultad, lo que determinó diferentes tiempos para poder llegar a la información necesaria para el desarrollo de las encuestas e hizo que los plazos previstos se extendieran.

El contacto con el personal no docente (administrativo y de maestranza) presentó menor dificultad, ya que sus horarios de trabajo son establecidos en el durante la mañana o la tarde y los lugares son fijos. El personal docente requirió mayor tiempo porque sus horarios y lugar de trabajo no son fijos, y se necesitó trabajar con Bedelía de cada facultad así como con la Bedelía virtual a los efectos de poder contactar con cada una de las mujeres.

En aquellos casos en los que las mujeres referían no poder hacer la encuesta en ese momento, se acordaba un nuevo día y horario. En ocasiones, ese encuentro se producía y se realizaba la encuesta y en otras, por lo cual se intentaba nuevamente contactarse con la persona y/o acordar otra cita. En estos últimos casos, los intentos de contacto para realizar las encuestas fueron hasta tres, luego se entendía que no había interés en participar.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2016 y el año 2017. En el semestre correspondiente a 2016 se relevaron las facultades ubicadas en la ciudad de Esperanza: Facultades de Ciencias Agrarias (FCA) y de Ciencias Veterinarias (FCV). Durante 2017 se hizo lo propio en el resto de las unidades académicas: Facultades de Ciencias Médicas (FCM), de Ciencias Hídricas (FICH), de Humanidades y Ciencias (FHUC), de Arquitectura Diseño y Urbanismo (FADU), de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB), de Ciencias Jurídicas y Sociales (FCJS), de Ingeniería Química (FIQ), de Ciencias Económicas (FCE).

La facultad donde hubo dificultad en el acceso a la información fue la de FBCB, por ello posee un menor número de encuestas.

Una vez que se hizo contacto con la mujer, se informó acerca del estudio y se solicitó el consentimiento verbal para la realización de la encuesta (ver Anexo1), que era autogestionada. Se esperaba que terminara y que la colocara en una urna, garantizando así la confidencialidad.

Al final de cada día, se sacaban las encuestas de las urnas, se observaba que estuvieran completas, se hacía una identificación según la unidad académica y se pasaba a la carga de datos.

6.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó a través de una encuesta semiestructurada, autoadministrada anónima, como ya se mencionó que contiene las preguntas relacionadas con los conocimientos, prácticas, percepciones y características sociodemográficas frente a la realización de la prueba de PAP.

La encuesta (ver Anexo 2) se construyó sobre la base de las dimensiones a relevar, con un apartado introductorio que expresaba lo que se debía saber respecto de la encuesta e indicando que se encuadraba en un trabajo de tesis y perseguía como objetivo contribuir a la salud sexual y reproductiva de esa comunidad universitaria, ya que se procuraba aportar al desarrollo de estrategias de promoción y prevención desde el Centro de Salud de la UNL. Además, se explicitaba el carácter anónimo de la misma. Luego continuaba con tres secciones:

Sección I: relevaba las características generales y reproductivas.

Sección II: relevaba las características vinculadas con las prácticas, las barreras de adherencia, señales de acción, percepción de amenaza.

Sección III: relevaba los conocimientos que tenían las mujeres sobre el PAP.

Una vez construida, fue revisada por una docente de Salud Pública a cargo de talleres de educación sexual integral, un médico patólogo, una comunicadora social, y se realizó una prueba con 10 personas docentes y no docentes de diferentes unidades académicas, las que no fueron incluidas en el estudio.

6.4. Bases y análisis de datos

La comunidad universitaria cuenta con una población trabajadora de 2260 mujeres⁷, de las cuales la población objetivo del estudio fueron 1501 mujeres que trabajaban en las facultades de la UNL (1255 docentes y 246 no docentes), construida a partir de los siguientes criterios de selección:

- Criterio de inclusión: mujeres mayores de 18 años que trabajaban en las facultades de la UNL.⁸
- Criterios de exclusión: mujeres mayores de 18 años que trabajaban en las facultades de la UNL y que no se encontraban en el lugar de trabajo o estaban de licencia, como también aquellas trabajadoras de la universidad cuyo lugar de trabajo no fuera en las facultades.

Población relevada: 860 mujeres trabajadoras de la UNL de entre 21 y 72 años.

Se chequearon posibles sesgos de la población relevada respecto del total de mujeres objeto de estudio. Al analizar la edad de las encuestadas, en cuanto a las docentes y no docentes, se observó una mayor presencia de mujeres jóvenes en la población relevada con respecto a la distribución poblacional. Cabe destacar que hubo 86 casos (10% de la muestra) sin respuesta de edad y que respondieron el resto de la encuesta. Por todo esto, concluimos que no hay elementos suficientes como para pensar en posibles sesgos de la información analizada.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DEL PERSONAL FEMENINO COMPARADA CON LA DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS ENCUESTADAS.

	Personal femenino		Mujeres relevadas (*)	
de 18 a 29	65	4,3%	63	8,1%
de 30 a 39	402	26,8%	283	36,6%
de 40 a 49	444	29,6%	219	28,3%
de 50 a 64	522	34,8%	200	25,8%
de 65 o más	68	4,5%	9	1,2%
Total	1501	100%	774	100%

(*) se descartan 86 casos sin respuesta.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización.
Años 2016- 2017.

La metodología del relevamiento fue censal y se logró un índice de cobertura del 57,3%.

Las encuestas se cargaron en una base de datos desarrollada específicamente para el relevamiento utilizando MS Access 2007 y MySQL 5.6.

Una vez finalizada la carga de información, se exportó la base de datos al software estadístico SPSS versión 15 para el procesamiento de los resultados, que incluyó distribuciones de frecuencias univariadas; y para los cruces de variables se realizó análisis de asociaciones estadísticamente significativas para verificar si había asociación entre las categorías multinomiales de ambas variables a través de una prueba de hipótesis.

⁷ Datos extraídos del sistema de información de la Universidad Nacional de Litoral, 2016.

⁸ Facultades de la UNL: Arquitectura Diseño y Urbanismo; Bioquímica y Ciencias Biológicas; Ciencias Agrarias; Ciencias Económicas; Ciencias Jurídicas y Sociales; Ciencias Médicas; Ciencias Veterinarias; Humanidades y Ciencias; Ingeniería y Ciencias Hídricas; Ingeniería Química.

Uno de los test más conocidos y utilizados es la Prueba Chi-cuadrado. Sin embargo, existe como alternativa el test G-cuadrado de Razón de Verosimilitudes, que se recomienda emplear cuando las frecuencias esperadas bajo hipótesis nula son inferiores a 5. En este trabajo se presentan los resultados de ambas pruebas para dar mayor validez a las conclusiones.

La hipótesis nula de ambos test es: “No hay asociación”, contra la alternativa: “Hay asociación”. Si se rechaza la hipótesis nula, afirmaremos que hay asociación entre las categorías de ambas variables.

7. RESULTADOS

Las encuestas se realizaron en las trabajadoras docentes y no docentes de las 10 unidades académicas de la UNL, en tanto fueron en un mayor porcentaje de la FIQ, seguidas por FCM y FADU.

TABLA 2. FRECUENCIA POR UNIDADES ACADÉMICAS.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
FCM	124	14,4%
FBCB	2	2%
FHUC	70	10,7%
FADU	107	12,4%
FIQ	151	17,6%
FICH	74	8,6%
FCJS	96	11,0%
FCE	90	10,5%
FCA	38	4,4%
FCV	84	9,8%
No específica	2	2%
Total	860	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

7.1. Variables simples

7.1.1. Características sociodemográficas

- Edad

El universo de mujeres encuestadas se encontraba entre los 21 y 72 años.

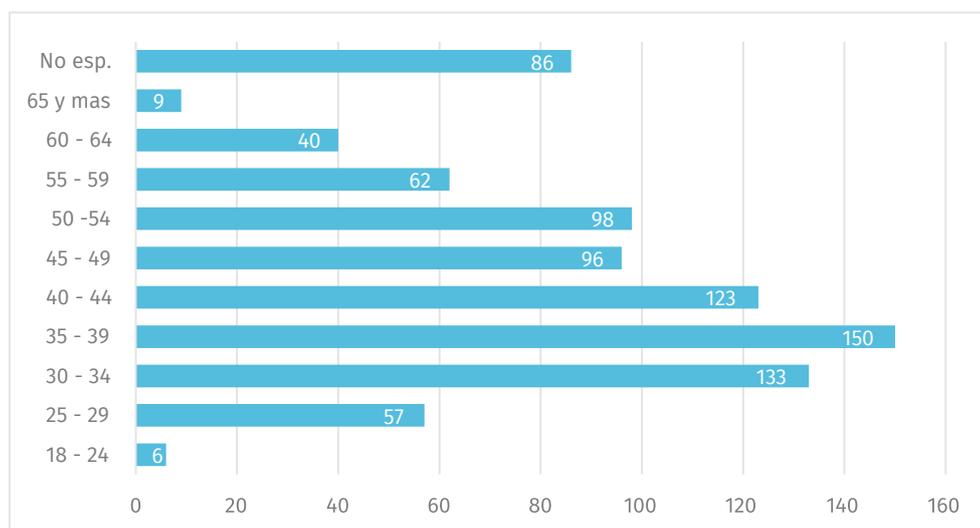
TABLA 2.A. EDADES

Edad	N° de encuestas	Porcentaje%
18-24	6	0,6
25-29	57	6,5
30-34	133	15,4
35-39	150	17,5
40-44	123	14,4
45-49	96	11,1
50-54	98	11,4
55-59	62	7,2
60-64	40	4,6
65 y más	9	0,9
No esp.	86	10
Total	860	100

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

EL rango con mayor porcentaje de mujeres fue entre los 35 y los 39 años (150 mujeres, 17,5%), seguido del intervalo de 40 a 45 años, con 123 mujeres (14,4%); de 18 a 29 años nos encontramos con 63 mujeres, el 7,1% de la muestra, algo similar al rango de edad de 55 a 59 años (7,2%). A partir de los 64 años tuvimos el 0,9%.

GRÁFICO 2. EDAD



N: 860

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Nivel educativo**

En términos generales, de las 860 mujeres, 629 (73,1%) manifestaron tener estudios universitarios completos; 82 (9,5%) no concluyó sus estudios universitarios; 52 (6%) tenía terciaria completa; y 59 mujeres (6,9%) completaron su secundario. Se advirtió que había 2 encuestadas que no tenían educación primaria y 4 que no tenían completa su educación secundaria. Este grupo fue excepcional, ya que ahora, con los nuevos ingresos por concurso a cargos no docentes, se exige para cargo administrativo o de servicios tener secundaria completa.

TABLA 3. NIVEL EDUCATIVO.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
Ninguna	1	1%
Primaria incompleta	1	1%
Secundaria incompleta	4	5%
Secundaria completa	59	6,9%
Terciaria incompleta	26	3,0%
Terciaria completa	52	6,0%
Universitaria incompleta	82	9,5%
Universitaria completa	629	73,1%
Sin datos	6	7%
Total	860	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Con referencia a las personas con títulos universitarios, que contabilizaron un 73,1%, se podría mencionar que, si bien para ejercer la docencia universitaria se requiere de título universitario, sucede también que cada vez más los cargos administrativos concursados se ocupan con personas que poseen ese nivel educativo.

- **Formación vinculada a la salud**

Dentro del grupo de las que tenían estudios superiores, se diferenció a aquellas que poseían formación **vinculada a la salud**, entendiendo, a los fines de este trabajo, que esa condición planteaba diferencias de conocimientos que podían incidir en las prácticas preventivas.

La inclusión de profesiones vinculadas a la salud se realizó tomando como criterio lo dispuesto por el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, establecido por el art. 43 de la Ley de Educación Superior 24.521, y de las profesiones que no están en el mencionado artículo pero que matriculan en las diferentes jurisdicciones provinciales como integrantes de los equipos de salud.⁹

⁹ Ver en <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/formacion/grado-universitario>

Las profesiones vinculadas a la salud en este trabajo incluyen: medicina, obstetricia, bioquímica, terapia ocupacional, nutrición, psicología, administración de salud, profesorado en biología, biodiversidad, trabajo social, medicina veterinaria y los respectivos posgrados.

De las 695 mujeres que indicaron su formación y orientación del título, se encontró que poseían formación vinculada a la salud 166 mujeres y no relacionada 529.

TABLA 4. FORMACIÓN VINCULADA CON LA SALUD CON RELACIÓN AL NIVEL EDUCATIVO.

Formación vinculada		Recuento	% del N de la columna
	Primario y Secundario	0	0%
	Terciario completo o incompleto	4	2,4%
SI	Universitario completo o incompleto	162	97,6%
	Sin datos	0	0%
	Total	166	100,0%
	Primario y secundario	65	12,3%
	Terciario completo o incompleto	51	9,6%
NO	Universitario completo o incompleto	411	77,7%
	Sin datos	2	4%
	Total	529	100,0%
	Primario y secundario	0	0%
	Terciario completo o incompleto	2	3,0%
Datos inespecíficos	Universitario completo o incompleto	63	95,5%
	Sin datos	1	1,5%
	Total	66	100,0%
	Primario y secundario	0	0%
	Terciario completo o incompleto	21	21,2%
S/D	Universitario completo o incompleto	75	75,8%
	Sin datos	3	3,0%
	Total	99	100,0%
	Primario y secundario	65	7,6%
	Terciario completo o incompleto	78	9,1%
Total	Universitario completo o incompleto	711	82,7%
	Sin datos	6	7%
	Total	860	100,0%

Datos inespecíficos: son aquellas personas que indicaron su grado académicos pero no especificaron su orientación (por ejemplo, profesor, licenciado, doctora).

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Estado civil**

Incluyendo a las mujeres casadas dentro del grupo de convivientes, se podría interpretar que 516 mujeres encuestadas (60%) conviven con una pareja y 306 no conviven (45,6%).

TABLA 5. ESTADO CIVIL.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
Casada	376	43,7%
Conviviente	140	16,3%
Soltera	198	23,0%
Separada	98	11,4%
Viuda	10	1,2%
Sin datos	38	4,4%
Total	860	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Servicios de salud utilizados**

El grupo participante del estudio trabajaba en relación de dependencia, por lo que tenía obra social y, ante un control o problema de salud, principalmente se trataba de usuarias de efectores privados (799 mujeres, 92,9%). El grupo restante (60 mujeres, 7%) se atendía en efectores públicos, y de ellas, 35 lo hacían en el Centro de Salud de la UNL.

TABLA 6. SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
Centro de Salud y hospitales del sistema público	25	2,9%
Centro de Salud de la UNL	35	4,1%
Consultorio y Sanatorios privados	799	92,9%
Sin datos	1	1%
Total	860	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Edad de inicio de las relaciones sexuales**

Respecto de la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 54,7% (470 mujeres) se inició entre los 19 y 24 años; le sigue la franja entre los 13 y los 18 años (260 mujeres, 30,2%), y por último, entre los 25 y 30 años (85 mujeres; 9,9%).

TABLA 7. EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
De 13 a 18	260	30,2%
De 19 a 24	470	54,7%
De 25 a 30	85	9,9%
De 31 a más años	7	8%
Aún no tengo relaciones sexuales	8	9%
Sin datos	30	3,5%
Total	860	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Compañeros sexuales**

El 62,1% tuvo más de dos compañeros sexuales; unas 363 mujeres, entre 2 y 4 compañeros sexuales (42,2%); y 5 compañeros o más, 171 mujeres (19,9%). Unas 237 mujeres (27,6%) refirieron haber tenido un solo compañero sexual.

TABLA 8. COMPAÑEROS SEXUALES.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
Solo uno	237	27,6%
De 2 a 4	363	42,2%
5 o más	171	19,9%
Sin datos	89	10,3%
Total	860	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

7.1.2. Conocimiento

Se efectuaron 5 preguntas sobre el conocimiento que poseían acerca del PAP que incluyeron:1) qué entendían por el PAP; 2) con qué frecuencia debían hacer la práctica; 3) por qué creían que era necesario hacerlo; 4) desde cuándo creían que debían empezar a realizar el examen; y 5) antes del examen de PAP, qué creían que era necesario hacer o qué condición podía estar o no presente (Anexo 2).

Al analizar las respuestas se identificaron tres tipos de ellas: las correctas, las parcialmente correctas y las incorrectas. Las parcialmente correctas son cuando respondieron marcando varias opciones que incluían la correcta. Las incorrectas suponen el haber marcado la opción “no sé” o no haber respondido.

TABLA 9. FRECUENCIA DE RESPUESTAS SOBRE CONOCIMIENTO DEL PAP.

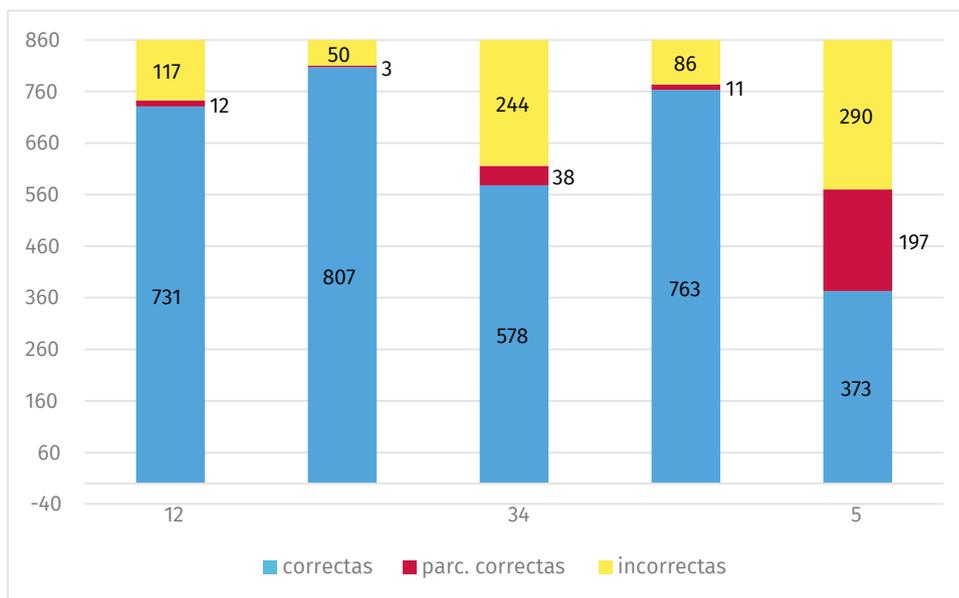
PREGUNTAS	1	2	3	4	5
CORRECTO	731	807	578	763	373
	85,0%	93,8%	67,2%	88,7%	43,4%
PARCIALMENTE CORRECTO	12	3	38	11	197
	1,4%	0,3%	4,4%	1,3%	22,9%
INCORRECTO /NS/SD	117	50	244	86	290
	13,6%	5,8%	28,4%	10,0%	33,7%
TOTAL	860	860	860	860	860
	100%	100%	100%	100%	100%

Preguntas 1) ¿Qué entiende usted por Papanicolaou? 2) ¿Con qué frecuencia cree usted que debería hacerse el examen? 3) ¿Porqué cree que es necesario realizarse la toma del PAP? 4) ¿Desde cuándo cree usted que se debe empezar a realizar este examen? 5) Antes de su examen de PAP, ¿qué cree que es necesario?

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Se puede observar que los porcentajes de respuestas correctas son superiores al 60%, a excepción de la pregunta 5, que alcanza el 43,4%. Las respuestas incorrectas se encuentran en el rango del 5 al 34%, con mayor porcentaje en las preguntas 3 y 5, es decir, las referentes a para qué se realiza la prueba y cuáles son las indicaciones previas a la práctica. Las respuestas parcialmente correctas tienen más presencia porcentual en la pregunta 5.

GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE RESPUESTAS SOBRE CONOCIMIENTO DEL PAP.



Preguntas 1) ¿Qué entiende usted por Papanicolaou? 2) ¿Con qué frecuencia cree usted que debería hacerse el examen? 3) ¿Porqué cree que es necesario realizarse la toma del PAP? 4) ¿Desde cuándo cree usted que se debe empezar a realizar este examen? 5) Antes de su examen de PAP, ¿qué cree que es necesario?

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Indicador de conocimiento**

Para caracterizar el conocimiento de las encuestadas se construyó un puntaje o score sobre las cinco preguntas involucradas.

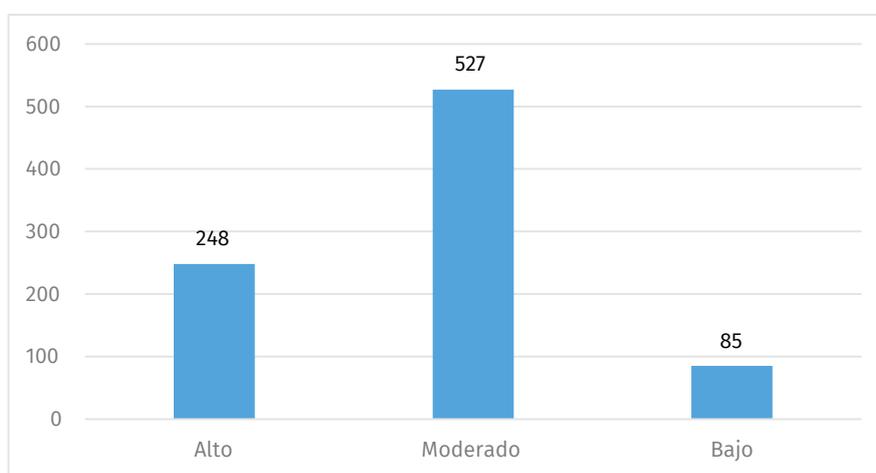
Se establecieron los puntajes de 1 para las respuestas correctas, 0,5 para las parcialmente correctas y 0 para las incorrectas.

Luego, el puntaje final de la sección resultaba de la suma de los puntajes de cada pregunta. El valor máximo, cuando todas las respuestas son correctas, es 5, y el mínimo es 0 para el caso de todas incorrectas.

Teniendo en cuenta el puntaje final, se establecieron tres categorías de conocimiento:

- Alto: puntaje 5 (todas correctas).
- Moderado: puntaje entre 3 y 4,5.
- Bajo: puntaje 2,5 o menos.

GRÁFICO 4. NIVELES DE CONOCIMIENTO



Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

TABLA 10. SCORE DE CONOCIMIENTO.

	Frecuencia	Porcentaje
0,0	31	3,6
0,5	1	,1
1,0	11	1,3
1,5	4	,5
2,0	24	2,8
2,5	14	1,6
3,0	92	10,7
3,5	75	8,7
4,0	233	27,1
4,5	127	14,8
5,0	248	28,8
Total	860	100,0

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

TABLA 11. NIVELES DE CONOCIMIENTO.

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	248	28,8
Moderado	527	61,3
Bajo	85	9,9
Total	860	100,0

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Se encontró que 527 mujeres(61,3%) tenían conocimiento moderado y 248 de ellas (28,8%) conocimiento alto en cuanto a la práctica del PAP y el CCU.

7.1.3. Percepción con relación al PAP y al CCU

- Barreras para la realización del PAP

Las barreras expresadas por el grupo de mujeres encuestadas estuvieron vinculadas a la organización y funcionamiento del sistema de atención, del proceso de atención y a factores individuales.

En este sentido, indicaron que realizarse el PAP conllevaba procedimientos muy burocráticos, entre pedir turno al médico, conseguir la orden, ir a la obra social, autorizar la orden, solicitar nuevamente turno e ir al médico, realizarse la prueba, luego ir a buscar los resultados y solicitar e ir nuevamente al médico. Este procedimiento implica mucho tiempo y manifestaron no disponer del mismo:

“...debería existir un mecanismo que permitiera en un solo día, en un hospital o sanatorio, realizar todas las prácticas necesarias para hacer un buen chequeo médico y no andar deambulando por toda la ciudad por cada análisis o práctica requerida”.

“...acudir al ginecólogo para pedir la orden, luego hacer autorizar y después volver a ir al ginecólogo me demanda más tiempo que el que tengo”.

“...que mejore el servicio de salud pública para que sea más accesible en cuanto al tiempo que hay que dedicarle, no solo para realizarse el examen, sino también para buscar los resultados”.

“...volver otra vez para buscar los resultados”.

Se planteó, con respecto a disponer de mayor tiempo para realizar los chequeos médicos, poder contar con permisos laborales para tal fin:

“...flexibilidad en el horario de trabajo para ir a realizarse el chequeo”.

Además, señalaron dificultades con los turnos, puesto que no solo encontraban inconvenientes a la hora de pedirlos sino también en cuanto a que los médicos lo respetaran.

Con referencia al proceso de atención, algunas mujeres tuvieron malas experiencias, por lo cual dijeron que los médicos debían tener más cuidado al tomar la muestra.

En lo concerniente a los factores individuales, las barreras encontradas, en primer lugar, tienen que ver con el descuido personal al no realizar la práctica preventiva y la falta de tiempo; luego aparecen los miedos a los resultados y al procedimiento, el pudor y la vergüenza.

- Señales de acción

Las señales de acción que se hallaron se vinculan con percepciones de beneficios y requisitos de adherencia a la prueba, como también por una exigencia personal, una obligación y responsabilidad. Las indicaciones médicas y las experiencias de amigas y familiares con cáncer y la percepción de riesgo ante una enfermedad grave operan igualmente como motivaciones para la realización de la prueba.

Las campañas de comunicación, los sistemas recordatorios por parte de las obras sociales, médicos y personales, y la educación específica en estos temas han sido identificados como señales.

Y otras señales encontradas están ligadas a la educación, principalmente a la educación sexual y al conocimiento sobre el CCU y el PAP.

Por lo tanto, las mujeres relacionaron el hecho de hacerse la prueba con sentirse bien, cuidarse y estar tranquilas respecto de que todo estaba bien:

“...estar saludable y libre de problemas futuros”.

“...cuidar mi salud, prolongar mi expectativa de vida a través de la prevención”.

“...tranquilidad de saber que se tiene buena salud”.

Asimismo, asociaron este beneficio a su **percepción de riesgo a padecerlo**, y hacer esta práctica significaba prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave, el CCU.

“... temor al cáncer no identificado a tiempo”.

“...me realizo el control porque es alto el índice de cáncer de cuello de útero y prefiero tener un punto de referencia en caso de que apareciera la enfermedad”.

“...la enfermedad es más común de lo que uno cree, hay que tomar conciencia y cuidarse”.

“...evitar las consecuencias nefastas del cáncer”.

Además, aparecieron señales vinculadas con su proyecto de vida, su rol de madre, “educar a través del ejemplo”:

“...prevención y tranquilidad de hacer lo que debo para estar bien y ejemplo para mis hijas mujeres”.

“...por mí y para educación para mis hijas, para que lo hagan en su momento”.

“...prevenir futuras complicaciones y enfermedades que me impidan tener hijos”.

“...prevenir el cáncer de cuello de útero. La prevención es fundamental para evitar ser una carga para la familia y para disminuir los costos en salud”.

Las campañas de comunicación masiva y las dirigidas a grupos de mujeres en ámbitos específicos, como servicios de salud, o en los lugares de trabajo, motivarían a hacerse el PAP.

7.1.4. Práctica de realización del PAP

De las 860 encuestadas, 855 respondieron en este apartado. Dijeron hacerse la prueba 840 mujeres (98,2%), de las cuales 42 no retiraron los resultados, por lo que se identificaron 798 de 855 mujeres (91,2%) que se controlaron y retiraron los resultados.

De las que continuaron realizándose el PAP periódicamente y respondieron en el ítem sobre cuándo había sido la última vez que hiciera la prueba (781 encuestadas), indicaron que: hacía menos de 1 año, 522 mujeres; y entre 1 año y 2, 206 mujeres.

TABLA 12. AÑOS DE REALIZACIÓN DEL ÚLTIMO PAP.

	Nº de encuestas	Prop. de respuestas
Menos de un año	522	66,8%
De 1 a 2 años	206	26,4%
De 3 a 5 años	27	3,5%
De 6 a 10 años	9	1,2%
Más de 10 años	9	1,2%
Sin datos	8	1,0%
Total	*781	100,0%

* se considera las mujeres que se hicieron el PAP y manifestaron continuar con la realización periódica del mismo.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- Construcción de tipología de práctica de realización del PAP

Luego del procesamiento de los datos, se construyeron las siguientes tipologías de prácticas preventivas llevadas adelante por el grupo de mujeres en estudio, teniendo en cuenta a quienes realizaban la prueba, si se mantenían haciéndola y con qué frecuencia, como también si retiraban los resultados. Esto permitió describir las siguientes prácticas:

- A. Grupo de mujeres que realizaron la prueba de PAP y continuaban haciéndola con una determinada frecuencia.
- B. Grupo de mujeres que realizaron la prueba del PAP una vez y no continuaron.
- C. Grupo de mujeres que nunca se realizaron la prueba.

Para el primer grupo, al analizar la frecuencia con que realizaban la prueba, se identificaron dos subgrupos: las que lo hacían dentro del rango de los 3 años y las lo hacían en un rango superior a los 4 años. También se consideró si retiraban los resultados. Así, se definieron los siguientes subgrupos de prácticas preventivas:

Grupo A:

A1: Mujeres que se realizaban el PAP con una frecuencia dentro de los 3 años y retiraban los resultados.

A2: Mujeres que se realizaban el PAP y que no buscaban los resultados.

A3: Mujeres que se realizaban el PAP con una frecuencia mayor a 3 años y retiraban los resultados.

Grupo B:

B1: Mujeres que realizaron el PAP una sola vez y no continuaron.

B2: Mujeres que se realizaron el PAP una sola vez, no continuaron y no buscaron los resultados.

7.2. Análisis de variables a partir de las tipologías de prácticas

Las mujeres encuestadas se distribuyen de la siguiente forma según las tipologías de prácticas identificadas:

TABLA 13. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA DE REALIZACIÓN DEL PAP.

		Nro. de encuestas	Prop. de respuestas
*Grupo de prácticas	A1	727	85,0%
	A2	33	3,9%
	A3	20	2,3%
	B1	51	6,0%
	B2	9	1,1%
	C	15	1,8%
	Total	855*	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

7.2.1. Características sociodemográficas y reproductivas

- Edad

Con relación a la edad, en los subgrupos A1, A2, B1 y el grupo C las personas se distribuyen en todos los rangos de edades. En A3 se colocan las mujeres desde 35 años y en B2 específicamente las de 41 a 64 años. Todas ellas dentro del grupo de mujeres que deben realizarse la prueba.

Las mayores distribuciones se dan en los grupos de 35 a 64 años, a excepción de grupo C, donde 9 de 15 integrantes están en el rango de los 18 a 34 años.

TABLA 14. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA SEGÚN LA EDAD.

*Tipología de prácticas		Rango de edad				No contesta	Total
		de 18 a 34	de 35 a 49	de 50 a 64	65 o más		
A1	Recuento	167	321	161	4	74	727
	% práctica	23,0%	44,2%	22,1%	6%	10,2%	100,0%
A2	Recuento	8	16	6	1	2	33
	% práctica	24,2%	48,5%	18,2,0%	3,0%	6,1%	100,0%
A3	Recuento	0	7	10	2	1	20
	% práctica	0%	35,0%	50,0%	10,0%	5,0%	100,0%
B1	Recuento	12	18	15	1	5	51
	% práctica	23,5%	35,3%	29,4%	2,0%	9,8%	100,0%
B2	Recuento	0	2	5	0	2	9
	% práctica	0%	22,2%	55,6%	0%	22,2%	100,0%
C	Recuento	9	3	2	1	0	15
	% práctica	60,0%	20,0%	13,3%	6,7%	0%	100,0%
Total	Recuento	196	367	199	9	84	855*
	% práctica	22,9%	42,9%	23,3%	1,1%	9,8%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- Nivel educativo -formación vinculada a la salud

En todos los grupos, el porcentaje de mujeres con formación universitaria es preponderante.

TABLA 15. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA EN CUANTO AL NIVEL DE EDUCACIÓN.

*Prácticas		Nivel de Instrucción			Total	
		Primario y Secundario	Terciario completo o incompleto	Universitario completo o incompleto		Sin datos
A1	Recuento	47	63	612	5	727
	% práctica	6,5%	8,7%	84,2%	7%	100,0%
A2	Recuento	3	2	28	0	33
	% práctica	9,1%	6,1%	84,8%	0%	100,0%
A3	Recuento	2	1	17	0	20
	% práctica	10,0%	5,0%	85,0%	0%	100,0%
B1	Recuento	7	7	36	1	51
	% práctica	13,7%	13,7%	70,6%	2,0%	100,0%
B2	Recuento	3	2	4	0	9
	% práctica	33,3%	22,2%	44,4%	0%	100,0%
C	Recuento	2	3	10	0	15
	% práctica	13,3%	20,0%	66,7%	0%	100,0%
Total	Recuento	64	78	707	6	855*
	% práctica	7,5%	9,1%	82,7%	7%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

A partir de la distinción entre las mujeres que tenían formación vinculada a la salud y las que no, se encontró que 527 mujeres poseían títulos universitarios no vinculados con la salud (61,8% del total) y 166 (19,4%) sí vinculados con la salud. La distribución se mantuvo en todos los grupos, a excepción de B2, en el cual las mujeres solo tenían formación no vinculada con la salud.

TABLA 16. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN VINCULADA CON LA SALUD.

Tipología de prácticas		Formación vinculada con la salud				Total
		Sí	No	Datos inespe- cíficos	S/D	
A1	Recuento	152	445	51	79	727
	% práctica	20,9%	61,2%	7,0%	10,9%	100,0%
A2	Recuento	3	2	28	0	33
	% práctica	9,1%	6,1%	84,8%	0%	100,0%
A3	Recuento	3	15	1	1	20
	% práctica	15,0%	75,0%	5,0%	5,0%	100,0%
B1	Recuento	2	35	6	8	51
	% práctica	3,9%	68,6%	11,8%	15,7%	100,0%
B2	Recuento	0	6	1	2	9
	% práctica	0%	66,7%	11,1%	22,2%	100,0%
C	Recuento	2	3	10	0	15
	% práctica	13,3%	20,0%	66,7%	0%	100,0%
Total	Recuento	166	527	66	96	855*
	% práctica	19,4%	61,6%	7,7%	11,2%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- Estado civil

Si agrupamos el estado civil entre convivientes y no convivientes, se encuentra en los grupos A y B mayor porcentaje de mujeres convivientes. En el grupo C, la mayor proporción es de no convivientes.

TABLA 17. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA CON RELACIÓN AL ESTADO CIVIL AGRUPADO.

Prácticas		Estado Civil Agrupado			
		Casada/ conviviente	Soltera/ separada/ viuda	S/D	Total
A1	Recuento	444	253	30	727
	% práctica	61,1%	34,8%	4,1%	100,0%
A2	Recuento	23	10	0	33
	% práctica	69,7%	30,0%	0,0%	100,0%
A3	Recuento	12	7	1	20
	% práctica	60,0%	35,0%	5,0%	100,0%
B1	Recuento	26	19	6	51
	% práctica	51,0%	37,3%	11,8%	100,0%
B2	Recuento	6	3	0	9
	% práctica	66,7%	33,3%	0%	100,0%
C	Recuento	4	10	1	15
	% práctica	26,7%	66,7%	6,7%	100,0%
Total	Recuento	515	302	38	855*
	% práctica	60,2%	35,3%	4,4%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Luego de analizar las relaciones estadísticas, advertimos que el valor observado del estadístico G-cuadrado de razón de verosimilitudes y el p-valor o valor de significación no rechaza la hipótesis nula. Se concluye que no hay evidencias de asociación entre estado civil agrupado y prácticas.

TABLA 18. PPRUEBAS DE CHI-CUADRADO. PRÁCTICA -ESTADO CIVIL.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,483(a)	5	,132
Razón de verosimilitudes	8,201	5	,146
Asociación lineal por lineal	5,225	1	,022
Nº de casos válidos	817		

a 1 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,33.

- **Servicios de salud utilizados**

Frente a los controles o problema de salud, 795 se atendían en el sector privado (93%); 35 personas (4,1%), en el Centro de Salud de la UNL; y 25 (2,9%), en el sistema público. Esta distribución se mantiene en A1, A2 y B1. El A3 se atendía exclusivamente en el sector privado. Los grupos B2 y C no se atendían en el Centro de Salud de la UNL.

TABLA 19. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA SEGÚN SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS.

Práctica		Centro de salud y hospital del Sistema Público	Centro de Salud de la UNL	Consultorio y sanatorio privado	Sin datos	Total
A1	Recuento	16	30	680	1	727
	% práctica	2,2%	4,1%	93,5%	1%	100,0%
A2	Recuento	3	1	29	0	33
	% práctica	9,1%	3,0%	87,9%	0%	100,0%
A3	Recuento	0	0	20	0	20
	% práctica	0%	0%	100,8%	0%	100,0%
B1	Recuento	3	3	45	0	51
	% práctica	5,9%	5,9%	88,2%	0%	100,0%
B2	Recuento	1	0	8	0	9
	% práctica	11,1%	,0%	88,9%	,0%	100,0%
C	Recuento	2	0	13	0	15
	% práctica	13,3%	0%	86,6%	0%	100,0%
Total	Recuento	25	34	795	1	855*
	% práctica	2,9%	4,0%	93,0%	1%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Relaciones y compañeros sexuales**

Respecto de las conductas sexuales, todos los grupos presentan la misma distribución. El inicio de las relaciones sexuales se da en el rango de 19 a 24 años y luego de 13 a 18 años, a excepción del grupo C, que es de 25 a 30 años. En cuanto a los compañeros sexuales, la distribución en todos los grupos es, en primer lugar, de 2 a 4.

TABLA 20. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICAS CON RELACIÓN A LA EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES.

*Grupo de prácticas		¿Edad en que inició sus relaciones sexuales?						Total
		De 13 a 18	De 19 a 24	De 25 a 30	De 31 a más años	Aún no tengo relaciones sexuales	Sin datos	
A	Recuento	244	431	74	7	2	22	780
	% de Grupo de prácticas	31,3%	55,3%	9,5%	9%	,3%	2,8%	100,0%
B	Recuento	15	30	8	0	1	6	60
	% de Grupo de prácticas	25,0%	50,0%	13,3%	0%	1,6%	10,0%	100,0%
C	Recuento	1	8	3	0	3	0	15
	% de Grupo de prácticas	6,7%	53,3%	20,0%	0%	20,0%	0%	100,0%
Total	Recuento	260	469	85	7	6	28	855*
	% de Grupo de prácticas	30,4%	54,9%	9,9%	8%	7%	3,3%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

TABLA 21. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICAS CON RELACIÓN A LOS COMPAÑEROS SEXUALES.

Grupo de prácticas		Compañeros sexuales que ha tenido				Total
		Solo uno	De 2 a 4	5 o más	Sin datos	Solo uno
A	Recuento	225	325	160	70	780
	% de Grupo de prácticas	28,8%	41,6%	20,5%	8,9%	100,0%
B	Recuento	9	30	11	10	60
	% de Grupo de prácticas	15,0%	50,0%	18,3%	16,6%	100,0%
C	Recuento	3	7	0	5	15
	% de Grupo de prácticas	20,0%	46,7%	0%	33,3%	100,0%
Total	Recuento	237	362	171	85	855*
	% de Grupo de prácticas	27,7%	42,3%	20,0%	9,9%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

7.2.2. Práctica de realización del PAP

- Edad del primer PAP

Los grupos A y B son de las que realizaban la práctica preventiva con diferentes frecuencias, y se observa que la mayoría la hizo antes de los 30 años.

En los subgrupos de A1 y B1, la edad a la que por primera vez se realizaron el PAP es entre los 19 y 24 años, y el subgrupo B2 es entre los 25 y 30 años.

TABLA 22. TIPOLOGÍA DE PRÁCTICA CON RELACIÓN A LA EDAD DEL PRIMER PAP.

Prácticas		¿Edad del Primer Papanicolaou?						Sin datos	Total
		De 13 a 18	De 19 a 24	De 25 a 30	De 31 a 36	Más de 37			
A1	Recuento	122	371	154	38	7	35	727	
	% práctica	16,8%	51,0%	21,2%	5,2%	1,0%	4,8%	100,0%	
A2	Recuento	0	13	4	1	0	2	20	
	% práctica	0%	65,0%	20,0%	5,0%	0%	10,0%	100,0%	
A4	Recuento	6	20	4	2	1	0	33	
	% práctica	18,2%	60,6%	12,1%	6,1%	3,0%	0%	100,0%	
B1	Recuento	7	17	16	7	1	3	51	
	% práctica	13,7%	33,3%	31,4%	13,7%	2,0%	5,9%	100,0%	
B2	Recuento	2	1	3	2	0	1	9	
	% práctica	22,2%	11,1%	33,3%	22,2%	0%	11,1%	100,0%	
Total	Recuento	137	422	181	50	9	41	840	
	% práctica	16,3%	50,2%	21,5%	6,0%	1,1%	4,9%	100,0%	

Nota: el total corresponde a las que se han realizado el primer PAP la tipología C no se analiza por edad, ya que nunca se han realizado un PAP

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016- 2017.

7.2.3. Percepciones con respecto al PAP

Con referencia a las barreras de adherencia para realizarse el PAP, el grupo de mujeres que hacía la prueba con determinada frecuencia (A), manifestó que, si bien la hacía, la técnica era invasiva y molesta. Además, dijeron que se debía mejorar la organización y funcionamiento en el sistema de atención para poder obtener los turnos, efectuarse el examen y buscar los resultados, y haber más flexibilidad en los horarios de trabajo para poder cumplir con los estudios.

En el grupo de las mujeres que habían realizado una sola vez la prueba y no continuaron (B) aparecieron como barreras factores individuales, como el descuido personal en cuanto a hacerla, la ausencia de hábito y la falta de tiempo (en ese orden); luego, los miedos a los resultados (percepción de susceptibilidad). En lo que corresponde a la técnica, se señaló como molesta e invasiva y, en igual proporción, surgió el pudor como una barrera de adhesión. También

apareció el requisito de adhesión, no presentar molestia como justificativo para no hacerse el tamizaje. En el grupo B2, de las que no buscó los resultados, el miedo a estos se observó en una proporción importante.

En el grupo que no se había realizado la prueba (C), la barrera manifestada fue el pudor.

Las **señales de acción** encontradas son similares en todos los grupos, principalmente en lo que respecta a beneficios para adherir, y descritas en el apartado “Percepciones con relación al PAP y CCU”.

PRÁCTICA DE REALIZACIÓN DEL PAP EN CUANTO A LAS PERCEPCIONES.

Barreras de adherencia	
A1- A3	Si bien se hicieron el PAP, algunas mujeres expresaron que la técnica se presenta invasiva y molesta. Además, plantearon el tiempo que les insumía realizar la práctica, que se podría organizar mejor la atención en los servicios de salud, que sean menos burocráticos, que los médicos respeten los horarios de los turnos y que pongan más cuidado en el momento de la toma de la muestra. Además, que haya flexibilidad en el trabajo para poder hacerse los estudios.
A2	Este grupo realizó la prueba pero manifestó no buscar los resultados, e indicó, con relación a la organización de la atención, la necesidad de que exista menos burocracia para la realización así como para la búsqueda de los resultados.
B1	Las barreras encontradas, en primer lugar, refieren al descuido personal y a la falta de hábito, seguida por la falta de tiempo (en ese orden); luego aparecen los miedos a los resultados (percepción de susceptibilidad). Con referencia a la técnica, se presenta molesta e invasiva y en igual proporción surge el pudor como una barrera de adhesión. También aparece el requisito de adhesión, no tener molestia como justificativo para no hacerse el tamizaje.
B2	Se observa el descuido para la realización de la práctica y la falta de tiempo como una barrera de adherencia. La ausencia de hábito y el pudor aparecen en igual proporción. El miedo a los resultados se presenta con una alta frecuencia. Recordemos que este grupo no buscaba los resultados. Por último, estas mujeres hicieron hincapié en que los turnos se respeten.
C	Este grupo es el que nunca se realizó la prueba y aparece el pudor como barrera, si bien en muy baja representatividad.
Señales de acción	
A1	<ul style="list-style-type: none"> · Percepción de los beneficios de la adherencia: <ul style="list-style-type: none"> - Lo relacionan con el sentirse bien, el cuidado propio, estar tranquila porque todo está bien, sentir bienestar (171 mujeres). - Relacionan este beneficio porque existe una percepción de riesgo y realizar esta práctica es beneficioso para prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave, el CCU (107 mujeres). - Vinculadas con su proyecto de vida y rol de madre, “educar a través del ejemplo” (10 mujeres). · Requisitos para adherir (16 mujeres): presentar dolor, molestia (8), con la frecuencia (1), antecedentes familiares (7). · Una exigencia personal, una obligación, responsabilidad (8 mujeres). · Sistemas de recordatorios para la realización del PAP; desde la obra social, desde los profesionales, podrían implementarse sistemas informáticos a tal fin (7 mujeres). · Relacionadas con la educación, principalmente con la educación sexual y el conocimiento que se tiene sobre el CCU y el PAP (9 mujeres). · Vinculadas con las campañas de comunicación masiva y las dirigidas al grupo de mujeres en lugares específicos, como servicios de salud o en los ámbitos de trabajo, motivarían la realización del PAP (15 mujeres). · Por indicación del profesional de la salud (10 mujeres). - El miedo a tener cáncer opera como una señal de acción. Esta dimensión se da por percepción de amenaza (8 mujeres).
A2	Las señales de acción están vinculadas con los beneficios de adherencia para el cuidado de la salud (4 personas) y la prevención de enfermedades (11 personas), los requisitos de adherencias vinculado con tener molestia o dolor (2 personas), con las campañas de comunicación (1 persona), y tener conocidos que están padeciendo cáncer (1 persona) y sistemas de recordatorios por parte de la obra social.
A3	<ul style="list-style-type: none"> · Beneficios para la acción vinculado con prevenir y controlar una enfermedad · el sentido de responsabilidad · por indicación médica
B1	Beneficios de adherir al tratamiento respecto del cuidado de su propia salud (6 personas) y prevención de enfermedades (4 personas). Como una responsabilidad hacia su propia salud (3 personas). La indicación médica es una señal de acción (1 persona), y las campañas masivas (2 personas).
B2	Beneficio para prevenir la enfermedad (2 personas).
C	Señales de acción en cuanto a los beneficios de prevenir enfermedades (1 persona) y cuidarse porque quiere ser madre (vinculado a su proyecto de vida).

7.2.4. Conocimiento

En todos los grupos hay preponderancia del conocimiento moderado, pero se observan diferencias:

En el grupo de las mujeres que realizaron la prueba con una determinada frecuencia (A), hay una distribución similar: primero predomina el conocimiento moderado (CM) y luego el conocimiento alto (CA). En cambio, en el grupo B también hay preponderancia del CM pero luego aparece el conocimiento bajo (CB).

En C, encontramos los tres niveles de conocimiento que se distribuyen en igual proporción.

TABLA 23. PRÁCTICAS CON RELACIÓN AL CONOCIMIENTO.

Prácticas (agrupado)		CONOCIMIENTO			
		Alto	Moderado	Bajo	Total
A	Recuento	231	490	59	780
	% de la fila	29,6%	62,8%	7,6%	100,0%
B	Recuento	12	31	17	60
	% de la fila	20,0%	51,7%	28,3%	100,0%
C	Recuento	5	5	5	15
	% de la fila	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Total	Recuento	248	526	81	855*
	% de la fila	29,0%	61,5%	9,5%	100,0%

* 855 de 860 participantes. Existen 5 encuestas sin respuesta en este ítem.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

A fin de analizar asociaciones estadísticamente significativas, se efectúa una prueba de hipótesis para verificar si hay asociación entre las categorías multinomiales de ambas variables.

TABLA 24. PRUEBA DE CHI-CUADRADO. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LA PRÁCTICA.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,516(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	28,885	4	,000
Asociación lineal por lineal	13,291	1	,000
Nº de casos válidos	855		

a2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,42.

En esta Tabla se muestra que el valor observado del estadístico G-cuadrado de razón de verosimilitudes y el p-valor o valor de significación rechaza la hipótesis nula. **Se concluye que hay asociación entre conocimientos y prácticas.**

7.3. Análisis de variables a partir del conocimiento

Como se describió en el apartado correspondiente a conocimiento (7.1.2), a partir de un score se establecieron tres categorías: CA, CM y CB.

Se realiza ahora el análisis de las variables relacionadas con las categorías de conocimiento mencionadas.

7.3.1. Características sociodemográficas

- Edad

En lo atinente a edad y conocimiento, nos encontramos con una similar distribución de frecuencias, predominio de CM seguido de CA y, por último, CB en todos los rangos de edad.

Otro dato es que las mujeres que tiene CA son más jóvenes (rango de edad de 18 a 49 años mayoritariamente) que las de CM y CB (35 a 64 años en mayor proporción).

TABLA 25. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN AL RANGO DE EDAD.

CONOCIMIENTO		Rango de edad					Total
		de 18 a 34	de 35 a 49	de 50 a 64	65 o más	No contesta	
Alto	Recuento	68	109	49	1	21	248
	% conocimiento	27,4%	44,0%	19,8%	,4%	8,5%	100,0%
Moderado	Recuento	111	230	125	5	56	527
	% conocimiento	21,1%	43,6%	23,7%	9%	10,6%	100,0%
Bajo	Recuento	17	30	26	3	9	85
	% conocimiento	20,0%	35,3%	30,6%	3,5%	10,6%	100,0%
Total	Recuento	196	369	200	9	86	860
	% conocimiento	22,8%	42,9%	23,3%	1,0%	10,0%	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Nivel educativo**

La distribución de frecuencia del nivel de formación en las tres categorías de conocimiento son similares, en tanto que tiene mayor preponderancia el grado de formación universitaria, seguido por el terciario y luego el secundario y el primario.

TABLA 26. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN AL NIVEL EDUCATIVO.

CONOCIMIENTO		Nivel educativo				Total
		Primario y Secundario	Terciario completo o incompleto	Universitario completo o incompleto	Sin datos	
Alto	Recuento	11	10	226	1	248
	% conocimiento	4,4%	4,0%	91,1%	,4%	100,0%
Moderado	Recuento	43	52	428	4	527
	% conocimiento	8,2%	9,9%	81,2%	,8%	100,0%
Bajo	Recuento	11	16	57	1	85
	% conocimiento	12,9%	18,8%	67,1%	1,2%	100,0%
Total	Recuento	65	78	711	6	860
	% conocimiento	7,6%	9,1%	82,7%	7%	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Observando el resultado del test chi-cuadrado y el de razón de verosimilitudes, **se concluye que hay asociación entre conocimiento y nivel educativo.**

TABLA 27. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN AL NIVEL EDUCATIVO.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,753(a)	4	,000
Razón de verosimilitudes	27,494	4	,000
Asociación lineal por lineal	20,674	1	,000
Nº de casos válidos	854		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,39.

- **Formación vinculada con la salud**

La formación vinculada con la salud se distribuye en mayor proporción en CA, seguido por CM y, por último, CB. La formación no vinculada a la salud tiene un grupo importante (66,8 %) de CM.

En todos los niveles de conocimiento, la formación no vinculada a la salud se presenta en mayor proporción.

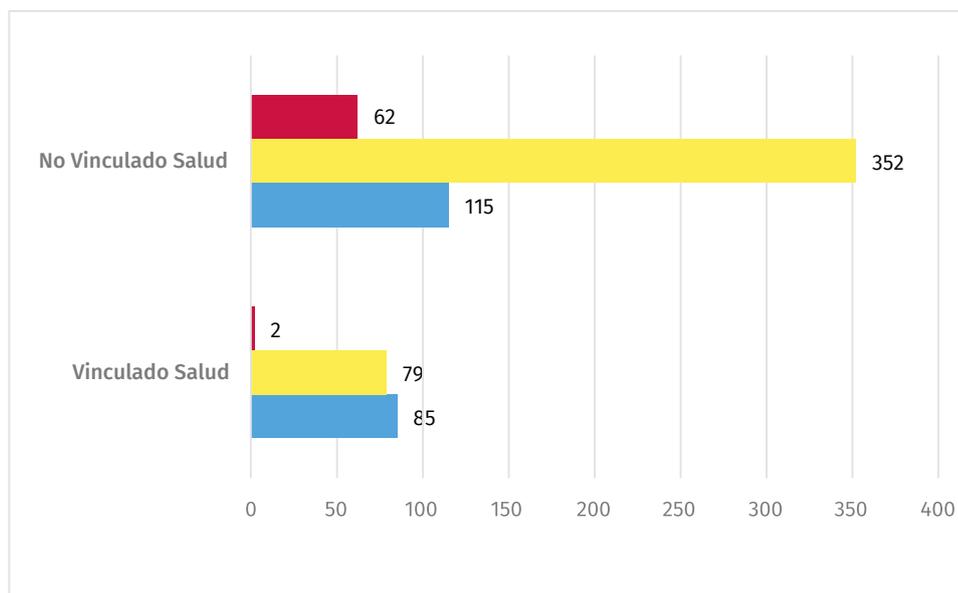
TABLA 28. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN VINCULADA CON LA SALUD.

CONOCIMIENTO		Formación vinculada con la Salud				
		Sí	No	Datos ines- pecíficos	S/D	Total
Alto	Recuento	85	115	24	24	248
	% conoci- miento	34,3%	46,4%	9,7%	9,7%	100,0%
Moderado	Recuento	79	352	38	58	527
	% conoci- miento	15,0%	66,8%	7,2%	11,0%	100,0%
Bajo	Recuento	2	62	4	17	85
	% conoci- miento	2,4%	72,9%	4,7%	20,0%	100,0%
Total	Recuento	166	529	66	99	860
	% conoci- miento	19,3%	61,5%	7,7%	11,5%	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Además, en la formación vinculada a la salud predomina el CA; y en la no vinculados a la salud, el CM.

GRÁFICO 5. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN CON LA FORMACIÓN VINCULADA A LA SALUD.



Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

Al analizar las asociaciones estadísticas significativas entre conocimiento y formación vinculada a la salud, se encontró que hay asociaciones entre las variables mencionadas.

TABLA 29. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.
CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LA FORMACIÓN VINCULADA A LA SALUD.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,610(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	62,994	2	,000
Asociación lineal por lineal	59,046	1	,000
Nº de casos válidos	695		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,29.

Observando el resultado del test chi-cuadrado y el de razón de verosimilitudes, **se concluye que hay asociación entre conocimiento y formación vinculada a la salud.**

- Servicios de salud utilizados

Frente a un problema de salud, los tres grupos se atienden principalmente en el sector privado; el resto lo hace en el Centro de Salud de la UNL y en el sistema público, según se observa en la siguiente tabla:

TABLA 30. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS.

CONOCIMIENTO		Servicios de salud utilizados				
		Centro de Salud y hospitales del Sistema Público	Centro de Salud de la UNL	Consultorio y sanatorio privado	Sin datos	Total
Alto	Recuento	6	9	233	0	248
	% conocimiento	2,4%	3,6%	94,0%	0%	100,0%
Moderado	Recuento	14	19	494	0	527
	% conocimiento	2,6%	3,6%	93,6%	0%	100,0%
Bajo	Recuento	5	7	72	1	85
	% conocimiento	5,9%	8,2%	84,7%	1,2%	100,0%
Total	Recuento	25	35	799	1	860
	% conocimiento	2,9%	4,1%	92,9%	1%	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

- **Conocimiento - conductas sexuales**

Los tres grupos presentan la misma distribución en lo que hace a los compañeros sexuales y relaciones sexuales, siendo la edad de inicio en los tres grupos entre los 19 y 24 años, seguida de los 13 a 18 años. En particular, acerca de los compañeros sexuales, los tres grupos tuvieron preponderantemente de 2 a 4 compañeros sexuales.

TABLA 31. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LA EDAD EN QUE INICIÓ LAS RELACIONES SEXUALES.

CONOCIMIENTO		5. Edad en que inició sus relaciones sexuales						Total
		De 13 a 18	De 19 a 24	De 25 a 30	De 31 a más años	Aún no tengo relaciones sexuales	Sin datos	
Alto	Recuento	83	139	19	2	1	4	248
	% conocimiento	33,5%	56,0%	7,7%	,8%	,4%	1,6%	100,0%
Moderado	Recuento	151	295	58	4	4	15	527
	% conocimiento	28,7%	56,0%	11,0%	8%	8%	2,8%	100,0%
Bajo	Recuento	26	36	8	1	3	11	85
	% conocimiento	30,6%	42,4%	9,4%	1,2%	3,5%	12,9%	100,0%
Total	Recuento	260	470	85	7	8	30	860
	% conocimiento	30,2%	54,7%	9,9%	8%	9%	3,5%	100,0%

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

TABLA 32. CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LOS COMPAÑEROS SEXUALES.

CONOCIMIENTO		6. Compañeros sexuales que ha tenido				Total
		1. Solo uno	2. De 2 a 4	3. 5 o más	9. Sin datos	
Alto	Recuento	67	111	48	21	247
	% conocimiento	27,1%	44,9%	19,4%	8,5%	100,0%
Moderado	Recuento	157	217	103	46	523
	% conocimiento	30,0%	41,5%	19,7%	8,8%	100,0%
Bajo	Recuento	13	35	20	14	82
	% conocimiento	15,9%	42,7%	24,4%	17,1%	100,0%
Total	Recuento	237	363	171	81	*852
	% conocimiento	27,8%	42,6%	20,1%	9,5%	100,0%

*Nota: el total corresponde a las que han tenido relaciones sexuales.

Fuente: relevamiento propio. Encuesta sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de la UNL sobre el CCU y el PAP y su realización. Años 2016-2017.

7.3.2. Percepciones respecto del PAP

Las percepciones con referencia a las barreras y señales de acción son similares en los tres grupos de niveles de conocimiento y ya descritas en apartados anteriores.

En general, se observa que el grupo con CM manifiesta mayores barreras que los de CA y CB. Además, en los tres grupos se da el requisito para adherir en cuanto a que para realizarse el PAP deben presentar dolor, molestias.

NIVEL DE CONOCIMIENTO CON RELACIÓN A LAS PERCEPCIONES DE REALIZACIÓN DEL PAP.

	Señales de acción	Barreras de adherencia
CA 166 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica que se relacionan con: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (83 mujeres) (vinculado a una percepción de riesgo). También, con el sentirse bien, el cuidado propio, estar saludable (57 mujeres). - Asocian hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (8 mujeres). - Aparecen ligadas a la educación, principalmente a la educación sexual, y al conocimiento que se tiene sobre el PAP y el CCU (2 mujeres). -Por indicación de un profesional de la salud (6 mujeres). -Vinculadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (10 mujeres). -Sistema de recordatorio (1 mujer). -El miedo a tener cáncer no identificado a tiempo, de manera de evitar una enfermedad grave (3 mujeres). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (5 mujeres). 	<ul style="list-style-type: none"> -El tiempo que insume realizar esta práctica; la necesidad de que se organice mejor la atención en los servicios de salud (1 persona).
CM 330 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica se relacionan con: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (150 mujeres) (se corresponden con una percepción de riesgo). También ligadas al sentirse bien, el cuidado propio, estar saludable (103 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (5 mujeres). -Relacionadas con la educación, principalmente con la educación sexual, y el conocimiento que se tiene sobre el PAP y el CCU (4 mujeres). -Por indicación de un profesional de la salud (4 mujeres). -Vinculadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (8 mujeres). -Sistema de recordatorio (2 mujeres). -El miedo a tener cáncer, de manera de evitar una enfermedad grave (10 mujeres). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (7 mujeres). -Amigos y familiares con cáncer, antecedentes familiares (7 mujeres). 	<ul style="list-style-type: none"> -El tiempo que insume realizar esta práctica; la necesidad de que se organice mejor la atención en los servicios de salud (6 personas). -Flexibilidad en el horario de trabajo para poder hacer los controles (1 persona). -Cuidado de los médicos al momento de la toma de muestra (1 persona). -La técnica se presenta invasiva (1 persona). -Sentimiento de pudor (1 persona).
CB 35 mujeres	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica se relacionan con: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (11 mujeres) (vinculado a una percepción de riesgo). También ligado al sentirse bien, el cuidado propio, estar saludable (8 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (3 mujeres). -El conocimiento que se tiene sobre el PAP y el CCU (1 mujer). -Sistema de recordatorio (2 mujeres). -El miedo a tener cáncer, de manera de evitar una enfermedad grave (1 mujer). -Requisito para adherir: empezar a tener relaciones sexuales (1 mujer). -Amigos y familiares con cáncer, antecedentes familiares (5 personas). 	<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo que insume realizar esta práctica; la necesidad de que se organice mejor la atención en los servicios de salud (3 personas).

7.4. Análisis de variables a partir de las percepciones

7.4.1. Características sociodemográficas

Las percepciones encontradas son similares a las ya descritas en apartados anteriores, solo que hay algunas diferencias entre los rangos de edades. Aquí las edades se establecieron hasta los 34 años, entre 35 y 49 años, entre 50 y 64 años, y 65 y más.

Se observa que la percepción de miedo a la enfermedad aparece de forma diferente según la edad. Hasta los 34 años opera como barrera a la prueba el miedo a los resultados, dato que no aparece en los rangos de edad de entre 35 y 64 años. El miedo como señal de acción para hacerse la prueba no está presente en el grupo hasta los 34 años, y sí en el grupo de 35 a 49 años. En el grupo de los 50 a 64 años no aparece explícitamente el miedo a la enfermedad, pero sí el conocimiento de personas, amigos, familiares con cáncer, algo que se ve en el grupo de hasta 34 años.

Por lo tanto, el miedo, hasta los 34 años, opera como barrera para la realización del PAP y luego como señal de acción.

Otra diferencia se advierte en el grupo de 35 a 49 años, donde no aparece la indicación médica como señal de acción y tampoco se ven como barreras el descuido en la realización de la práctica preventiva y el horario de trabajo.

PERCEPCIONES SOBRE EL PAP RELACIONADAS CON LA EDAD.

Años	Señales de acción	Barreras de adherencia
18 a 34	(124 mujeres) -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica vinculadas a: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (43 mujeres) (conforme a una percepción de riesgo). También se corresponde con el sentirse bien, el cuidado propio, estar saludable (16 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (6 mujeres). -Por indicación de un profesional de la salud (6 mujeres). -Vinculadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (1 mujer). -Sistema de recordatorio (2 mujeres). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (5 mujeres).	(16 mujeres) Descuido como primera barrera (5 mujeres), seguido de falta de tiempo y porque no ha presentado molestias (3 mujeres); temor al resultado (2 mujeres); sentir pudor (1 mujer); respecto de la organización de la atención en los servicios de salud (3 mujeres), de los horarios de trabajo (2 mujeres).
35 a 49	(237 mujeres) -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica se relacionan con: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (117 mujeres) (vinculado a una percepción de riesgo). También relacionado con el sentirse bien, el cuidado propio, estar saludable (71 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (11 mujeres). - Se asocia con un proyecto de vida y su rol como madre, "lo hago porque quiero tener hijos", "lo hago porque quiero ser ejemplo para mis hijas". -Vinculadas a la educación, principalmente a la educación sexual, y al conocimiento que se tiene sobre el PAP y el CCU (4 mujeres). -Ligadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (15 mujeres). -Sistema de recordatorio (6 mujeres). -El miedo a tener cáncer, de manera de evitar una enfermedad grave (6 mujeres). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (2 mujeres). -Amigos y familiares con cáncer, antecedentes familiares (6 mujeres).	(26 mujeres) Por descuido y porque no ha presentado molestias aparecen en primer lugar (6 mujeres), seguidos de falta de tiempo (3 mujeres); el tiempo que insume realizar esta práctica y la necesidad de que se organice mejor la atención en los servicios de salud (4 mujeres); la técnica se presenta invasiva (1 mujer); pudor (1 mujer).

Años	Señales de acción	Barreras de adherencia
50 a 64	(117 mujeres) -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica relacionados con: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (57 mujeres) (vinculado a una percepción de riesgo). También correspondiente al sentirse bien, al cuidado propio, a estar saludable (12 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica por responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (3 mujeres). -Vinculadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (1 mujer). -Sistema de recordatorio (1 mujer). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (4 mujeres). -Amigos y familiares con cáncer, antecedentes familiares (2 personas).	(21 mujeres) Primero es por descuido (8 mujeres), seguido de falta de tiempo (2 mujeres); relacionadas a la organización de la atención en los servicios de salud (2 mujeres); la técnica se presenta invasiva (1 mujer).
65 años y más	(3 personas) Prevención, por responsabilidad, miedo a la enfermedad.	(1 persona) Por falta de hábito.

En cuanto al estado civil, se agrupó a las casadas y convivientes y se denominó a ese grupo “convivientes”; en tanto que a las solteras, separadas y viudas se las designó como “no convivientes”.

Al igual que en el apartado anterior, las percepciones son las ya descritas, solo hay algunas diferencias en las barreras de adherencia; por ejemplo, el pudor aparece únicamente en el grupo de las convivientes y la percepción de que la técnica se presenta invasiva y el temor a los resultados solamente en las no convivientes.

PERCEPCIONES CON RELACIÓN AL ESTADO CIVIL (CONVIVIENTES Y NO CONVIVIENTES).

	Señales de acción	Barreras de adherencia
Convivientes	(318 mujeres) -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica atinentes a: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (142 mujeres) (vinculado a una percepción de riesgo). También asociada al sentirse bien, al cuidado propio, a estar saludable (42 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (17 mujeres). -Ligadas a la educación, principalmente a la educación sexual, y al conocimiento que se tiene sobre el PAP y el CCU (4 mujeres). -Por indicación de un profesional de la salud (4 mujeres). -Vinculadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (5 mujeres). -Sistema de recordatorio (4 mujeres). -El miedo a tener cáncer, de manera de evitar una enfermedad grave (4 mujeres). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (5 mujeres). -Amigos y familiares con cáncer, antecedentes familiares (2 mujeres).	(35 mujeres) Aparece el descuido como primer motivo de no realización del PAP (12 mujeres, 38,7%), seguido de la falta de hábito y porque no ha presentado molestias (9 mujeres, 29% en cada caso); luego la falta de tiempo (8 mujeres, 25,8%), el pudor (4 mujeres, 12,9%), y lo relativo a la organización de la atención (mujeres).

	Señales de acción	Barreras de adherencia
No convivientes	(195 mujeres) -Percepción de los beneficios para la realización de la práctica se asocian con: prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave (101 mujeres) (vinculado a una percepción de riesgo). También correspondiente al hecho de sentirse bien, el cuidado propio, estar saludable (26 mujeres). -Relacionan hacerse la práctica con una responsabilidad, voluntad propia, una actitud hacia la salud (7 mujeres). -Ligadas con la educación, principalmente con la educación sexual, y el conocimiento que se tiene sobre el PAP y el CCU (5 mujeres). -Por indicación de un profesional de la salud (3 mujeres). -Vinculadas a campañas de comunicación masivas y dirigidas a grupos de mujeres en lugares específicos y laborales (3 mujeres). -Sistema de recordatorio (2 mujeres). -El miedo a tener cáncer, de manera de evitar una enfermedad grave. (2 mujeres). -Requisito para adherir: presentar dolor, molestias (5 mujeres). -Amigos y familiares con cáncer, antecedentes familiares (4 personas).	(20 mujeres) Por descuido y por falta de hábito aparecen en primer lugar (8 mujeres), seguido de porque no ha presentado molestias (4 mujeres) y dolor al examen (4 mujeres); en tercer lugar, la organización de la atención (3 mujeres) y, por último, la falta de tiempo y el temor al resultado (1 mujer).

8. DISCUSIÓN

El presente estudio se orientó a identificar los conocimientos, percepciones y prácticas de realización del PAP en un grupo de mujeres trabajadoras de una universidad con diferentes características sociodemográficas.

Conforme a las características mencionadas, las mujeres que participaron de la encuesta contaron con una representatividad del 81,6% entre los 30 y 64 años, rango de edad objetivo de tamizaje según el Programa Provincial de Prevención del CCU de Santa Fe. Además, en las edades donde se presenta mayor incidencia de CCU (35 a 60 años) nos encontramos con 543 mujeres (63,2%). Por lo mencionado, las mujeres incluidas en el estudio constituyen un grupo que debería realizar la prueba de PAP con la frecuencia esperada si los requisitos de adherencia se cumplen.

En este sentido, de las mujeres encuestadas que respondieron sobre si realizaban la práctica (855), expresaron que la hicieron 840 de ellas (98,2%), valor por encima del obtenido en el estudio de la UNLP, que fue del 92,14% (Ramírez Rodríguez, 2014).

Es importante considerar la situación del grupo de mujeres que van a hacerse la práctica del PAP pero no retiran los resultados, puesto que, como dicen Paolino y Arrosi (2010), “de nada sirve una alta cobertura del PAP, si las mujeres no retiran los resultados”, es decir, es como si no se hubieran controlado. Al respecto, el 4,9% de las mujeres contempladas en este estudio refirieron no hacerlo (42 encuestadas), y este porcentaje es superior al de la UNLP (1,5%) (Ramírez Rodríguez, 2014). Teniendo en cuenta esto, las mujeres controladas son 811 sobre 855, esto es, el 93,3%.

Atento al grupo de mujeres que hicieron el control solo una vez y no volvieron a realizarlo, es posible decir que las mujeres que efectuaron el control dentro de los 3 años y retiraron los resultados fueron 727 (85%), porcentaje similar al encontrado en el estudio de la UNLP (86%) (ídem).

Como ya se mencionó en anteriores apartados, el 71,6% de las mujeres de la Argentina entre los 25 y 65 años ha realizado en los últimos años la prueba del PAP (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Si bien el grupo de mujeres en estudio se ubica por encima de estos valores, hay que tener en cuenta que la encuesta aplicada es autoadministrada. En este sentido, Urrutia nos advierte en su investigación que: “estudios de auto reporte señalan que el rango de error

es entre un 20 a 25%, siendo mayor el porcentaje a medida que aumenta el rango de tiempo a recordar” (2012:3-10). Por lo mencionado, se podría inferir que el porcentaje de mujeres con PAP al día podría disminuir y llegar a un rango de entre el 73,2 y el 78,2%, cifras cercanas al promedio nacional.

Cabe destacar que la condición de tener obra social se constituye en un factor que favorece la práctica de realización del PAP. En el estudio llevado a cabo por Paolino y Arrosi (2010) en mujeres usuarias de diferentes servicios de un hospital de la provincia de Buenos Aires, se encontró una asociación significativa entre cobertura de salud y realización del PAP.

Otras características sociodemográficas son las relacionadas con el nivel educativo, por las cuales 785 mujeres (91,8%) refieren tener estudios superiores y, entre ellas, 166 mujeres dijeron tener formación vinculada con la salud. Además, en lo concerniente a su relación de pareja, encontramos mayor porcentaje de convivientes (516 mujeres, 60%).

En lo relativo al estado civil, en el presente estudio no se encontró evidencia de asociación entre estado civil y práctica preventiva, lo cual difiere de un estudio realizado en mujeres entre 18 y 65 años que asisten a la sala de espera de diferentes servicios de un hospital de la provincia de Buenos Aires, donde se observó asociación significativa entre la situación conyugal y la realización del PAP, dado que las mujeres casadas o en pareja se controlaban más que las que no estaban en pareja (Paolino y Arrosi, 2010).

En concordancia con otras investigaciones, sí se encontró evidencia de asociación entre grupo de práctica de realización del PAP y niveles de conocimiento, lo que permite afirmar que las mujeres con conocimientos adecuados poseen más probabilidad de hacer el PAP que aquellas que tienen conocimientos inadecuados (Paolino y Arrosi, 2010; Ramírez Rodríguez, 2014).

En igual sentido, se hallaron asociaciones estadísticas significativas entre conocimiento y nivel de educación, conocimiento y formación vinculada a la salud, en coincidencia con el estudio efectuado por Bazán et al. (2007), en Lima, Perú, en donde el mayor grado de formación está ligado a una mayor probabilidad de tener más nivel de conocimiento.

Tal como se relaciona en estos estudios, existen dos determinantes que favorecen la detección temprana del CCU: la educación y el conocimiento, por lo tanto, las mujeres que tienen mayor facilidad para entender la información recibida toman decisiones asertivas en pro de su estado de salud (Ramírez Rodríguez, 2014).

Respecto de las percepciones sobre el PAP y el CCU y sus barreras para la realización de la práctica preventiva, se advirtieron aspectos vinculados a la organización y funcionamiento del sistema de atención, al proceso de atención y a factores individuales, como el descuido personal en cuanto a realizar la práctica, la falta de tiempo, el miedo a la prueba y a los resultados, el pudor y la vergüenza, siendo lo más expresado lo relacionado con la organización y funcionamiento del sistema de atención.

Estas barreras son similares a las encontradas en otros estudios con poblaciones de mujeres de características sociodemográficas diferentes de la de esta investigación y de las de otros países latinoamericanos (Bazán et al., 2007; Gajardo y Urrutia, 2017; Urrutia, 2012; Urrutia et al., 2008), en donde las barreras relacionadas con el sistema de atención y los factores individuales también se evidencian.

Las señales de acción encontradas se corresponden con percepciones de beneficios y requisitos de adherencia a la prueba, e igualmente por una exigencia personal, una obligación y responsabilidad. Las indicaciones médicas y las experiencias de amigas y familiares con cáncer y la percepción de riesgo ante una enfermedad grave operan asimismo como motivaciones

para la realización de la prueba. Las campañas de comunicación, los sistemas recordatorios por parte de las obras sociales, médicos y personales, como la educación específica en estos temas han sido identificados como señales, en tanto que otras de las encontradas se relacionan con la educación, principalmente la educación sexual, y el conocimiento que se tiene sobre el CCU y el PAP.

En los estudios realizados en Chile por Gajardo y Urrutia(2017); Urrutia (2012), y en Colombia por Rubio León y Restrepo Forero (2004), se hallaron señales de acción ligadas al sentimiento de bienestar por estar cuidando su salud, de modo similar a lo que observamos en el presente trabajo.

Cabe destacar, algo que no aparece en otras investigaciones, las señales vinculadas con su proyecto de vida (“cuidarme porque quiero tener hijos”), rol de madre (“educar a través del ejemplo”), y el hecho de cuidarse para no ser una carga para su familia.

También relacionan este beneficio con su **percepción de riesgo a padecer** la enfermedad, y realizar esta práctica las beneficia para prevenir, detectar a tiempo, controlar una enfermedad grave, el CCU.

Esta última percepción no opera de igual manera según la edad. Se observa que hasta los 34 años aparece como una barrera por miedo a los resultados, dato que no está presente en los rangos de edad de entre 35 y 64 años. El miedo como señal de acción para hacerse la prueba no surge en el grupo de edad hasta los 34 años y sí en el de 35 a 49 años. En el grupo de los 50 a 64 años no aparece explícitamente el miedo a la enfermedad pero sí el conocimiento de personas, amigos, familiares con cáncer. Podríamos decir, entonces, que el miedo se presenta de forma diferente según las edades, hasta los 34 años como barrera para la realización del PAP y luego como señal de acción. Estas distinciones no se han encontrado en otras investigaciones.

9. CONCLUSIONES

Las mujeres contempladas en el presente estudio son trabajadoras formales, disponen de obra social, con escolaridad obligatoria completa (primaria y secundaria) y más del 60% de ellas posee estudios superiores, de las cuales el 19,4% cuenta con una formación vinculada a la salud.

Según la literatura, estos grupos con las características mencionadas son los que acceden con menores barreras a los programas de tamizaje. En esta investigación, el 98,2% de las mujeres refieren haberse realizado la prueba, pero analizando la frecuencia con que lo hicieron y si retiraron los resultados, como también el tipo de instrumento utilizado para el relevamiento de datos, corroboramos que el porcentaje con una práctica adecuada de PAP se encuentra dentro del rango de los 73,2 y 78,2%, porcentajes cercanos al promedio nacional. Por ello, es necesario desarrollar estrategias para identificar y llegar a los grupos de mujeres que no realizan una práctica preventiva adecuada.

Dentro de las barreras encontradas y en coincidencia con otras investigaciones, están las vinculadas a la organización y funcionamiento del sistema de atención y a factores individuales, como la falta de tiempo, el pudor, la vergüenza y el miedo a la prueba y a los resultados.

Otro hallazgo ha sido la percepción de que para realizarse el PAP deben presentar sintomatología, como dolor, descenso de mal olor, sangrados por fuera del período de menstruación, molestias. Esta idea se constituye en una barrera puesto que no permite actuar en los primeros estadios de la enfermedad, en donde hay mayores posibilidades de intervenir y revertir la situación. Y esto lleva implícita una noción de que no tener síntomas es un buen indicativo de salud.

Estas concepciones respecto de los requisitos de adherencia para la realización del PAP, como también la de actuar cuando observan cambios en su salud y no antes, deben ser trabajadas específicamente en los grupos de interés.

Con relación a las mujeres que no realizan el examen o que realizan la prueba con la frecuencia inadecuada y/o no retiran los resultados y están dentro del grupo objetivo de tamizaje, se requiere trabajar con ellas la necesidad e importancia de retirar los resultados y así disminuir los miedos que se manifiestan hacia los mismos.

En este estudio se corroboró la premisa de trabajo, es decir, que las mujeres que realizan el PAP con determinada frecuencia cumplen con los requisitos de adherencia, poseen conocimientos sobre el mismo, perciben que el cáncer y sus consecuencias son graves y que ellas están en riesgo de padecerlo, y consideran que los beneficios de hacer el PAP son importantes en cuanto a la detección temprana del CCU. Perciben pocas barreras para la realización del examen y están motivadas por su salud, dispuestas a desplegar varias conductas que les aseguren el mantenimiento de esta condición.

Como en otras investigaciones, se encontró significación estadística entre el conocimiento que tienen las mujeres y la práctica de realización del PAP, como también la relación del conocimiento con el nivel educativo y la formación vinculada a la salud. Por lo tanto, la educación y el conocimiento son factores que favorecen la realización de una práctica preventiva, ya que ellas, las mujeres, tienen mayor facilidad para entender la información recibida y tomar decisiones asertivas que beneficien su salud.

Estrategias institucionales para favorecer la realización del PAP

Las personas que trabajan pasan gran cantidad de horas de sus vidas en su espacio laboral; en muchos casos, más horas que en sus propios hogares, por lo cual la implementación de estrategias en promoción y prevención en salud al interior de los lugares de trabajo permitiría obtener importantes resultados para lograr un mayor bienestar de los trabajadores en particular y, como efecto multiplicador, de la comunidad en general.

En este sentido, y a partir de los resultados de esta investigación, se propone trabajar desde el Centro de Salud de la UNL en un Calendario de Salud que incluya el desarrollo de campañas de sensibilización sobre la realización del PAP, abordando los requisitos de adherencia, en especial lo vinculado a actuar preventivamente y no esperar a tener síntomas para realizar el estudio, reforzando el mensaje de que el cáncer es curable detectado en los primeros estadios de la enfermedad, como también los mensajes que traten sobre los miedos y la vergüenza y acerca de la importancia de retirar los resultados.

Estas campañas se podrían desarrollar en todos espacios de la UNL, como salas de espera, oficinas, espacios áulicos y recreativos, organizando pequeñas charlas y en redes sociales.

Las propias encuestadas plantearon estrategias para favorecer la realización del PAP. Relacionadas con la Obra Social, propusieron que se genere un sistema de recordatorio y envío de la orden gratuita a través del correo electrónico. Otro grupo señaló disponer de un día laboral para efectuarlos controles de salud. Estos temas deberían ser analizados en los espacios correspondientes de manera de contemplar su viabilidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, Leonardo (2010). Modelos Psicológicos del Cambio: de los modelos entrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20, 97-102.

Arrivillaga, Marcela; Salazar, Isabel Cristina y Correa, Diego (2003). Creencias sobre la Salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34, 186-195. Corporación Editora Médica del Valle.

Arrossi, Silvina y Paolino, Melisa (2008). Proyecto para el mejoramiento del Programa nacional de prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina: informe final: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas provinciales. Diagnóstico. 978 - 950 - 710 - 114 - 4. Buenos Aires: OPS.

Arrossi, Silvina; Laudí, Rosa; Paul, Luis; Discacciatti, Vilda; Thouyaret, Laura (s/f). *Prevención del Cáncer Cérvico Uterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del cáncer cérvico uterino en el marco de la incorporación de la prueba del VPH*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer - Ministerio de Salud de la Nación.

Ballesteros, Isabel; Limardo, Laura; Abriatta, Graciela (2016). *Vigilancia epidemiológica del cáncer. Análisis de situación de salud por cáncer*. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000925cnt-2016-12-21-boletin-epidemiologia.pdf>

Bazán, Fernando; Posso, Margarita y Gutiérrez, Cesar (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima.

Cabrera, Gustavo A. (2004). Teorías y Modelos de la Salud Pública en el siglo XX. *Colombia Médica*, 35, 164-168. Corporación Editora Médica del Valle.

Cabrera, Gustavo A.; Tascón, Jorge y Lucumí, Diego (2001). Creencias en Salud: Historias, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(enero-junio), 91-101.

Dirección de promoción y Prevención de la Salud - Sub Programa provincial de Prevención del Cáncer de Cuello (2011). *Situación del Cáncer de Cuello Uterino en la Provincia de Santa Fe*. Santa Fe.

Franco, Álvaro G. (2006). Tendencias y Teorías en Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 119-130. Medellín.

Gajardo, Macarena y Urrutia, María Teresa (2017). Creencias sobre el cáncer cervicouterino y el Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(6), 706-712.

Hernández Martínez, Helena (2010). *Modelo de Creencias en Salud y Obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara*. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares.

Huamani, Ana Hurtado-Ortega; Guardia-Ricra, Manuel y Roca Mendoza, José (2008). Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú, 2007. *Medicina Exp. Salud Pública*, 44-50.

International Agency for Research on Cancer (IARC) (2005). *Handbooks of Cancer Prevention. Lyon Cervix Cancer Screening*. Vol. 10. IARC Press.

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino*. Buenos Aires.

——— (2015). *Tercera encuesta nacional de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (marzo de 2018). *Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino. Recomendaciones del Programa Provincial de Prevención del Cáncer de Cuello uterino sobre las pautas de tamizaje*. Agencia de Control de Cáncer.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016). *Control Integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Washington.

Paolino, Melisa; Arrossi, Silvina (2010). Análisis de la relación entre el conocimiento de las mujeres acerca del Papanicolaou y el CCU y la realización del PAP. 2008-2009. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Ponce, Marisa (2012). Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires (2004-2005). *Revista Argentina de Salud Pública*, 3, 6-12.

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas (agosto de 2015). Consenso Nacional Inter-sociedades Sobre Cáncer de Cuello Uterino. Argentina.

Ramírez Rodríguez, Elizabeth (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del PAP en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata*. Tesis de Maestría. La Plata.

Ramos, Silvina; Tamburrino, María Cecilia; Aguilera, Ana; Capriatti, Alejandro; Lehner, Paula y Peña, Lorena (2013). *Significaciones culturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer colon rectal, de mama y de cuello de útero: un estudio sociocultural para orientar la política comunicacional de los programas de prevención*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer - Ministerio de Salud de la Nación.

Rodríguez, Guillermo; Caviglia, Cecilia; Alonso, Rafael; Sica, Adela; Segredo, Sofía; León, Ima; Musé, Ignacio (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello de útero. *Revista Médica Uruguaya*, 31(4).

Rubio León, Diana Carolina; Restrepo Forero, Martha (2004). Creencias en Salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 102-112.

Santero, Marilina (2013-2014). *Percepciones socioculturales sobre el PAP y el cáncer cervicouterino en mujeres de una comunidad Qom. Informe Final de la Beca de Formación inicial en investigación III*. Registro del Cáncer Departamento Rosario (RECADER), Sistema Municipal de Epidemiología, Secretaría de Salud, Municipalidad de Rosario.

Soto Mas, Francisco; Lacoste Marín, Jesús A.; Papenfuss, Richard L. y Gutiérrez León, Aída (1997). El modelo de creencia de salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida. *Revista Española de Salud Pública*, (julio- agosto), 335-341.

Urrutia, María Teresa (2012). Creencias sobre el Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(1), 3-10.

Urrutia, María Teresa; Poupin, Lauren; Concha, Ximena; Viñales, Daisy; Iglesias, Cecilia; Reyes, Viviana (2008). ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al Programa de Cáncer Cervicouterino AUGÉ. Santiago de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(2), 98-103.

Valenzuela, María Teresa; Miranda, Amelia (2001). ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 5, 75-80.

Zamberli, Nina; Thouyaret, Laura y Arrossi, Silvina (2013). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre el cáncer de cuello útero y la realización del PAP*. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino. Ministerio de Salud de la Nación - OPS - UNICEF.

Fuentes

Instituto Nacional del Cáncer - Incidencia: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/>
International Agency for Researchon Cancer (IARC). Global Cáncer Observatory(2018): <http://gco.iarc.fr>
Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/formacion/grado-universitario>

11. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada, la invito a participar de un estudio sobre Percepciones y conocimiento de mujeres de una comunidad universitaria sobre el Cáncer de Cuello Uterino, el Papanicolaou y su realización. El mismo se encuadra dentro de un trabajo de tesis de maestría y tiene como objetivo contribuir a la salud sexual y reproductiva de nuestra comunidad universitaria.

Si accedes a participar en este estudio, se te pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente entre 5 y 15 minutos de tu tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tus respuestas al cuestionario serán anónimas y no existirá ningún tipo de riesgo y beneficio por la colaboración en dicho trabajo. Al finalizar el mismo, lo colocarás en una urna. Si tenés alguna duda sobre esta encuesta, podés hacer preguntas en cualquier momento. Si algunas de las preguntas te parecen incómodas, tenés el derecho de no responderlas.

Desde ya agradecemos tu participación.

ANEXO 2. ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE LAS PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES DE UNA COMUNIDAD UNIVERSITARIA SOBRE EL PAPANICOLAOU, EL CANCER DE CUELLO UTERINO Y LA REALIZACIÓN DEL PAP.

LO QUE DEBE SABER:

La presente encuesta se enmarca dentro de un trabajo de tesis sobre las percepciones y conocimiento de las mujeres de una comunidad universitaria sobre el Papanicolaou, el cáncer de cuello de útero, y la realización de PAP. Además, tiene como objetivo contribuir a la salud sexual y reproductiva de nuestra comunidad universitaria, ya que se pretende a partir de un estado de situación desarrollar estrategias de prevención desde el Centro de Salud de la UNL. Agradecemos anticipadamente la veracidad de sus respuestas. Asimismo, le hacemos recordar que la presente encuesta es de carácter anónimo, por lo que sus respuestas serán utilizadas sólo para efectos de la investigación.

Sección I.- CARACTERÍSTICAS GENERALES Y REPRODUCTIVAS.

1. Edad:

2. Grados de Instrucción:

- Ninguna
- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Terciaria Incompleta
- Terciaria Completa
- Universitaria Incompleta
- Universitaria Completa

3. Estado Civil

- Casada
- Conviviente
- Soltera
- Separada
- Viuda

Título según nivel de instrucción:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

4. ¿Dónde se atiende habitualmente frente a un problema o control de salud?

- Centro de Salud del Sistema Público
- Centro de Salud de la UNL
- Consultorio Privado
- Hospital Público de Salud
- Sanatorio de Salud

5. Relaciones Sexuales:

¿Edad en que inició sus Relaciones Sexuales?

- De 13 a 18
- De 19 a 24
- De 25 a 30
- De 31 a más Años
- Aún no tengo relaciones sexuales **(Pase a la Sección II)**

6. Compañeros Sexuales que a tenido:

- a) Solo Uno
- b) De 2 a 4
- c) 5 o más

Sección II.- CARACTERÍSTICAS SOBRE PRÁCTICA DE REALIZACIÓN DEL PAP.

1. ¿Se ha hecho la prueba de Papanicolaou?

- Sí **Pase a la pregunta 2 y sus incisos**
- No **Pase a la pregunta 3**

2. ¿Edad del Primer Papanicolaou?

De 13 a 18

De 19 a 24

De 25 a 30

De 31 a 36

Más de 37, especifique la Edad:

2.1. ¿Después de la primera prueba de Papanicolaou, ha continuado realizándose este control periódicamente?

- Sí **Pase a la pregunta 2.2**
- No **Pase a la pregunta 2.4**

2.2. Con qué frecuencia en años:

2.3. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que se hizo la prueba?

- a) Menos de un Año
- b) De 1 a 2 Años
- c) De 3 a 5 Años
- d) De 6 a 10 Años
- e) Más de 10 Años

2.4. ¿Por qué no ha continuado realizándose este control? **(Hasta Dos Opciones)**

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | a) No sé la frecuencia con que se realiza | <input type="checkbox"/> | g) Porque no he presentado molestias |
| <input type="checkbox"/> | b) Por descuido | <input type="checkbox"/> | h) Inconvenientes administrativos |
| <input type="checkbox"/> | c) Por falta de tiempo | <input type="checkbox"/> | i) Pudor |
| <input type="checkbox"/> | d) Por molestias y/o dolor del examen | <input type="checkbox"/> | j) Falta de Hábito |
| <input type="checkbox"/> | e) Por temor al resultado | <input type="checkbox"/> | k) Otros |
| <input type="checkbox"/> | f) Por temor al examen | | |

2.5. ¿Acudió a su consulta médica luego del examen para recoger su resultado?

Sí

No

3. ¿Qué cree que la motiva o motivaría a realizarse este control?

4. ¿Qué estrategia institucional, favorecería el realizarse este control del Papanicolau?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | a) Si dispondría institucionalmente, de un día (libre) para la realización del chequeo médico. |
| <input type="checkbox"/> | b) Un día (libre) en la semana de su cumpleaños. |
| <input type="checkbox"/> | c) Campaña de recordatorio desde la Obra Social. |
| <input type="checkbox"/> | d) Que llegue desde la Obra Social, la orden gratuita para la realización del PAP |
| | e) Otras propuestas que quiera aportar: |

Sección III.- CARACTERÍSTICAS SOBRE CONOCIMIENTO

1. ¿Qué entiende Ud. por Papanicolaou?

- a) Biopsia de cuello uterino
- b) Prueba de células de cuello uterino
- c) Prueba de tejido vaginal
- d) No sé

2. ¿Con qué frecuencia cree Ud. que se debería hacerse este examen?

- a) Anualmente
- b) Cada 2 Años
- c) Cada 3 Años
- d) Cuando presente algún síntomas: dolor pélvico, descenso, sangrado anormal, etc.
- e) No sé

3. ¿Por qué cree Ud. que es necesario realizarse la toma del Papanicolaou?

- a) Para prevenir el cáncer de ovarios
- b) Para detectar precozmente el cáncer de cuello de útero
- c) Para evitar Enfermedades de Transmisión Sexual
- d) Todas las anteriores
- e) No sé

4. ¿Desde cuando cree Ud. que se debería empezar a realizar este examen?

- a) A partir de los 3 años posteriores al inicio de las relaciones sexuales
- b) Después del primer embarazo
- c) A partir de los 30 años
- d) Luego de mi tercera pareja sexual
- e) Al momento de presentar síntomas: dolor, descensos de mal olor, sangrado, etc.
- f) No sé

5. Antes de su examen de Papanicolaou cree Ud. que es necesario:

- a) Hacerse duchas y/o lavados vaginales
- b) No estar embarazada
- c) No presentar sangrado menstrual
- d) Ponerse óvulos vaginales la noche anterior
- e) Ninguna recomendación especial
- f) No sé