

Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou

Knowledge about prevention of cervical cancer, locus of control and Papanicolaou test screening

Yamilet Ehrenzweig Sánchez, María Luisa Marván Garduño
y Érika Adriana Acosta Condado¹

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre los conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el locus de control, y la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres mexicanas con diferentes niveles de escolaridad. Se estudió una muestra de 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad. Las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba y cuándo realizarla. Todas las mujeres sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluso aquellas con educación superior. La mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la primera prueba antes de los 30 años, y solo seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior lo hicieron después de los 30 años o no lo habían hecho. Al dividir a las mujeres en dos grupos según su nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, se encontró que más de la mitad de quienes tuvieron mayores conocimientos se hicieron la primera prueba antes de los 30 años. Al dividir a las mujeres en dos grupos según sus puntajes de locus de control-azar, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que no se habían hecho la prueba o que lo habían hecho después de los 30 años. Es importante tomar las medidas necesarias para informar a las mujeres sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino a fin de contrarrestar las falsas creencias al respecto.

Palabras clave: Cáncer cervicouterino; Prevención; Prueba de Papanicolaou; Factores de riesgo; Locus de control.

ABSTRACT

The present study sought to identify relationships among knowledge on prevention of cervical cancer, locus of control and taking the Papanicolaou (Pap-smear) test in Mexican women with different school levels. A total of 208 women ranging 30-59 years old participated in the survey. Women with high school and higher education knew more about the usefulness of the Pap test and the right time to take it. All women knew little about the risk factors of cervix cancer, including those with higher education. Most of the women with higher education took their Pap test before they were 30 years old, while six of every ten women with basic or college education either took the first test after they were 30 years old or had not yet taken it. A comparison of participants with high or low knowledge about prevention of uterine cancer revealed that more than half of those with more information took their first Pap before they were 30 years old. A comparison of participants classified by their locus of control-random score, showed that a higher percentage of women with a high locus of control-random, i. e., those who perceive their health

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)841-89-00, ext. 13202, correo electrónico: yamiletehrenzweig@hotmail.com. Artículo recibido el 28 de octubre y aceptado el 21 de noviembre de 2012. Las autoras agradecen a Massiel Neri Rivera, Liliana Yépez Olvera y Rosa Lilia Castillo López por su ayuda en la aplicación de los cuestionarios.

alien to their control, had not taken the test or took it after 30 years of age. Results suggest that it is important to take necessary measures to inform women about the risk factors of cervix cancer and to counteract distorted beliefs about it.

Key words: Cervical cancer; Prevention; Papanicolaou test; Risk factors; Locus of control.

INTRODUCCIÓN

Se ha observado una disminución en la mortalidad por cáncer cervicouterino (CaCu en lo sucesivo) en los países desarrollados, la cual está vinculada con la realización de pruebas diagnósticas. No obstante, este tipo de cáncer es la segunda causa de mortalidad en el mundo (tasa de 7.8/100,000 habitantes). En los países menos desarrollados, su tasa de 9.7/100,000 contrasta con la de los países desarrollados, cuya tasa es de 3.2/100,000. En Latinoamérica, es la cuarta causa de mortalidad, con una tasa 6.5/100,000 (GLOBOCAN, 2008).

El sector salud en México lleva a cabo una serie de campañas que promueven la realización de la prueba diagnóstica de Papanicolaou (Pap en lo que sigue) para detectar oportunamente el CaCu. Estos esfuerzos se han reflejado en una disminución de la tasa de mortalidad por esta causa; de hecho, en el año 2006 se registró una tasa de 18.1/100,000 (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2010), y para 2008 la cifra disminuyó a 9.7/100,000 (GLOBOCAN, 2008), situación semejante al promedio de los países en desarrollo, pero aún lejana de la de los países desarrollados. Estas cifras reflejan la necesidad de mejorar aún más las campañas emprendidas.

Mientras que en el norte del país se encuentran tasas de 8.5/100,000 en promedio, en la región sur, en donde se localiza el estado de Veracruz, la tasa es de 11.96/100,000 (Palacio, Lazcano, Allen y Hernández, 2009), muy superior a la de los países en vías de desarrollo, y casi el doble de Latinoamérica. De hecho, Veracruz es uno de los estados con mayor riesgo de morir por CaCu en el país (Sánchez, 2012).

El Pap es una prueba diagnóstica que, además de detectar CaCu, ayuda a identificar infecciones como las ocasionadas por el virus del papiloma humano (VPH) (principal factor de riesgo para desarrollar este tipo de cáncer) y alteraciones hormonales y celulares, como las displasias. La prueba es de bajo costo, lo que posibilita aplicarla a grandes poblaciones (National Cancer Institute, 2009; Organización Panamericana de la Salud, s/f). Se trata de una prueba sencilla e indolora, y su toma dura menos de cinco minutos.

Desde 1974, las instituciones del sector salud ofrecen el Pap, de manera gratuita, a toda la población femenina, e incluso es obligatoria en algunos programas gubernamentales de apoyo a la población. Además, dicho sector ha emprendido una serie de campañas permanentes para que todas las mujeres acudan periódicamente a realizarse la prueba. En dichas campañas, se les brinda información acerca del CaCu, sus factores protectores y de riesgo, así como la importancia de practicarse el Pap; de resultar positivo, se ofrece a las mujeres la oportunidad de recibir el tratamiento adecuado y oportuno, lo que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

Tales acciones sobre la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CaCu se establecen en la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 (Secretaría de Salud, 2007). En lo referente a la prevención, dispone que se efectúe el Pap antes de los 18 años en mujeres que hayan iniciado su vida sexual; que tengan edades de 25 a 64 años o antecedentes de enfermedades de transmisión sexual e infecciones cérvico-vaginales por VPH; que tengan parejas sexuales múltiples (del hombre y de la mujer); que consumen tabaco, y que sufren desnutrición, deficiencia de antioxidantes e inmunodeficiencias. Asienta que toda mujer debe ser informada del resultado citológico en menos de cuatro semanas a partir de la fecha de la toma de la muestra. También señala que en el caso de mujeres con dos citologías anuales consecutivas con resultado negativo a lesión intraepitelial o cáncer, el Pap se hará cada tres años. Finalmente, cuando el resultado de la citología es infección por VPH, displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical de grado I con colposcopia satisfactoria, se realizará el Pap una vez al año.

Pese a lo anterior, la alta incidencia de CaCu en el país indica que las acciones del sector salud no han sido satisfactorias, y que las campañas realizadas no han logrado que todas las mujeres en edad reproductiva se practiquen el Pap de manera adecuada. Aguilar, Leyva, Angulo, Salinas y Lazcano (2003) encontraron que los principales factores que predisponen a hacerse el Pap son el conocimiento de su utilidad, el haber usado dos o más métodos de planificación familiar, y el tener una historia de infecciones vaginales.

En una investigación realizada en la Ciudad de México con mujeres con y sin CaCu, se observó que quienes no habían desarrollado la enfermedad utilizaban algún método de planificación familiar o tenían al menos un hijo, tenían mayor probabilidad de hacerse la prueba. En contraste, un nivel bajo de escolaridad fue el principal factor asociado con la negativa a practicársela (Hernández y cols., 2007). Bazán, Posso y Gutiérrez (2007) encontraron en Perú una práctica incorrecta del Pap en mujeres con niveles bajos de conocimientos sobre la prueba y con una actitud desfavorable hacia el Pap.

Algunos autores han estudiado las barreras y las características culturales de las mujeres que no se realizan el Pap. Entre estas barreras se hallan el miedo al posible resultado adverso de la prueba (Valenzuela y Miranda, 2001), no saber a dónde ir para practicársela, pensar que es dolorosa y tener miedo a la falta de higiene en los instrumentos (Byrd, Peterson, Chávez y Heckert, 2004; Valenzuela y Miranda, 2001). Por otra parte, en mujeres con CaCu se ha encontrado que las actitudes fatalistas, la falta de apoyo familiar y la carencia de información sobre el riesgo de la enfermedad se asocian con su negativa a hacerse el Pap (Behbakht, Lynch, Teal, Degeest y Massad, 2004).

Los factores socioculturales adquiridos durante el proceso de socialización llegan a constituir un conjunto de creencias sobre la salud que pueden orientar el comportamiento de un individuo, dando como resultado el mayor o menor riesgo de contraer enfermedades. Dentro de los aspectos relacionados con estas creencias se encuentran las percepciones y clasificaciones que hacen las sociedades de las enfermedades y de las personas que las padecen. Así, se van conformando creencias populares que funcionan como esque-

mas cognitivos que guían el comportamiento inmediato de las personas, permitiéndoles hacer una rápida evaluación de la enfermedad (Álvarez, 2002).

Un tipo de creencias que se ha asociado con un comportamiento saludable se relaciona con la habilidad de las personas para controlar su salud. Tal percepción de control influye en sus esfuerzos para acumular y usar los conocimientos que tengan sobre la salud (Wallston, Maides y Wallston, 1976). A dichas creencias se les ha denominado *locus de control* (LC en lo sucesivo), concepto construido por Rotter (1966) (cf. también Oros, 2005; Visdómine y Luciano, 2006; Wallston y Wallston, 1978, 1981) y derivado de la teoría del aprendizaje social, que establece que los individuos aprenden a partir de su historia de reforzamiento, aprendizaje que los lleva a establecer valores y expectativas personales, generales o específicas, que los pueden inducir a creer —a partir de una continua interacción entre determinantes cognitivos, conductuales y ambientales— que los resultados logrados se deben a sus propias acciones (LC interno) o a otras fuerzas ajenas a ellos (LC externo).

Los individuos tienen expectativas generalizadas de control sobre los esfuerzos que hacen para estar sanos (Rotter, 1966). De esta forma, se pueden clasificar en quienes tienen un LC interno o un LC externo. Las personas con LC interno —como ya se dijo— consideran que los resultados obtenidos son causados por su propio comportamiento o por sus características personales; se perciben capaces de influir en su propio destino, cambiar una situación adversa o aumentar sus probabilidades de éxito, de tal forma que esta percepción de control sobre la situación aumenta su motivación y mejora sus esfuerzos para afrontarla. Por otro lado, las personas con LC externo perciben que las consecuencias a sus conductas dependen de factores externos, ajenos a su control, como la suerte o el destino, o bien de otras personas; no reconocen su capacidad para alterar el curso de los sucesos y de influir con sus acciones en el control de las contingencias de reforzamiento que siguen a su comportamiento. En la bibliografía revisada, solo se encontró una investigación acerca del LC y los conocimientos acerca del CaCu, en la que se reporta que no hubo relación entre el LC interno y la adquisición de conocimien-

tos sobre la enfermedad en un programa educacional dirigido a mujeres (Wang y cols., 2010).

Por consiguiente, el objetivo general del presente estudio fue identificar la relación que hay entre los conocimientos sobre la prevención del CaCu, el locus de control y la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres mexicanas con diferentes niveles de escolaridad. Los objetivos específicos fueron, a su vez, explorar los conocimientos sobre las normas para realizarse el primer Pap, la utilidad de este y los factores de riesgo del CaCu, de acuerdo a la escolaridad de las participantes; además, conocer la incidencia de mujeres que se han hecho el Pap según su escolaridad, la de quienes se hicieron el primer Pap antes o después de los 30 años según su escolaridad, sus conocimientos sobre la prevención del CaCu y su puntuación del LC-azar.

MÉTODO

Participantes

Se estudió una muestra no probabilística de 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad elegidas por disponibilidad. Las participantes radicaban en la ciudad de Xalapa, capital del estado de Veracruz (México). Los criterios de inclusión fueron que las mujeres tuvieran 30 años o más, que no padecieran o hubieran padecido algún tipo de cáncer y que supieran leer y escribir.

Se contactaron 281 mujeres a través de redes personales, a quienes se les solicitó participar en una investigación sobre cáncer. Una vez que accedieron, se les formularon las preguntas necesarias para ver si cumplían con los criterios de inclusión, quedando un total de 222 mujeres, de las cuales se excluyeron posteriormente otras 14 que contestaron los cuestionarios de manera incompleta, de tal manera que el análisis se llevó a cabo con los datos de 208.

Las participantes se dividieron en tres grupos con base en su escolaridad: con educación básica completa o incompleta (79), con educación media superior, completa o incompleta (59), y con educación superior, completa o incompleta (70).

Instrumentos

Cuestionario de Conocimientos sobre la Prevención del Cáncer Cervicouterino (CPC). Este cuestionario fue elaborado para la presente investigación y consta de dos partes:

En primer lugar, conocimientos sobre la prevención del CaCu, que contiene 21 reactivos cerrados divididos en tres apartados: cuatro preguntas sobre la realización del primer Pap, cinco sobre la utilidad del Pap, y diez sobre los factores de riesgo del CaCu. En segundo término, realización del primer Papanicolaou, que consta de dos preguntas para saber si la mujer se ha hecho el Pap, y si el primero que se hizo fue antes o después de los 30 años.

Después de diseñar el cuestionario, se envió a cinco expertos, quienes sugirieron modificaciones, siendo piloteado con 15 mujeres para asegurar que se entendiera bien.

Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud. Basado en la Multidimensional Health Locus of Control Scale (Wallston, Wallston, y DeVellis, 1978), este instrumento operacionaliza la expectativa generalizada de los individuos en cuanto al control percibido de sus acciones y los resultados experimentados respecto a su salud. Es un cuestionario con 18 enunciados que consta de tres subescalas, cada una de ellas con seis reactivos que miden las tres dimensiones del LC: 1) interno, que son las creencias de que la salud es el resultado de las propias acciones, 2) otros poderosos, que son las relacionadas con que la salud está bajo el control de otros poderosos, y 3) azar, en el cual el estado de salud depende de la suerte o el destino. Es una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta que van de “totalmente en acuerdo”, que se puntúa con 6, hasta “totalmente en desacuerdo”, con 1.

La confiabilidad (alfa de Cronbach) de la versión original de este cuestionario fue de .767 para el factor “interno”, .673 para “otros poderosos” y .753 para “azar”. Dado que el cuestionario original fue elaborado en Estados Unidos, para la presente investigación se usó la versión en español de la Forma A, adaptada por Ortiz y Ortega (2011). El alfa de Cronbach del factor “azar” fue de .826;

sin embargo, los índices de confiabilidad de los otros dos factores fueron demasiado bajos: .64 para el factor “interno” y .59 para el factor de “otros poderosos”. Debido a la baja confiabilidad de estos dos factores, no fue posible utilizarlos en el análisis de datos, analizándose únicamente el factor “azar”.

Procedimiento

Como se mencionó anteriormente, se contactó a las mujeres a través de redes personales en centros sociales y deportivos, así como en algunos lugares de trabajo. Una vez que aceptaron participar y que se aseguró que cumplían los criterios de inclusión, se acordó con ellas el lugar y fecha para ser encuestadas.

Las aplicaciones se hicieron de manera individual. Las mujeres que no habían terminado la educación primaria contestaron los cuestionarios de manera oral; así, la encuestadora les leía en voz alta cada pregunta, y cuando estaba segura de que había sido comprendida, anotaba la respuesta.

En todos los casos se aseguró el anonimato y se les instruyó de no poner su nombre en los cuestionarios. En el caso de la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud, se les aclaró que no había respuestas correctas o incorrectas.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS, versión 15, llevándose a cabo las siguientes operaciones:

- 1) Se calculó la calificación de los reactivos referentes al conocimiento sobre la realización del primer Pap, la utilidad de la prueba y los factores de riesgo del CaCu. En los tres casos la calificación podía variar de 0 a 10 puntos, siendo la calificación de 10 la que denotó un mayor conocimiento. Se utilizó el análisis de varianza de una vía con la prueba Duncan como *post hoc* para determinar las diferencias de estos puntajes según los tres niveles de escolaridad de las participantes.
- 2) Se elaboró una tabla de contingencia para conocer el número y porcentaje de muje-

res que, en función de su escolaridad, se habían hecho el Pap, y de estas mujeres cuántas se hicieron la primera prueba antes o después de los 30 años de edad. Se utilizó la prueba chi cuadrada de Pearson para conocer la asociación entre dichas variables.

- 3) Para conocer la relación entre los conocimientos sobre la prevención del CaCu y la realización del Pap, se calculó una calificación total de los conocimientos que tenían sobre la prevención del CaCu (juntando los tres apartados), la cual podía variar de 0 a 10 (nuevamente, la calificación de 10 denotó un mayor conocimiento). Con base en esa calificación, las participantes se dividieron en dos grupos utilizando el método de la mediana. Al grupo cuya calificación quedó por abajo de la mediana se le denominó “menor conocimiento” (n = 101) y al grupo que se ubicó por arriba, “mayor conocimiento” (n = 107). Se elaboró asimismo una tabla de contingencia y se utilizó la prueba chi cuadrada de Pearson para conocer la asociación entre ambas variables.
- 4) Para determinar la relación entre el LC-azar con los conocimientos sobre la prevención del CaCu y con la realización del Pap, las participantes se dividieron en dos grupos con base en su puntaje de LC-azar utilizando el método de la mediana. Al grupo cuyo puntaje quedó por abajo de la mediana se le denominó “azar bajo” (n = 104), y al grupo cuyo puntaje estuvo por arriba, “azar alto” (n = 104). Se utilizó la prueba *t* de Student para muestras independientes para comparar los conocimientos sobre el CaCu entre los dos grupos mencionados.
- 5) Finalmente, se hizo una tabla de contingencia y la prueba chi cuadrada de Pearson para valorar la asociación entre el LC-azar y la realización del Pap.

RESULTADOS

Las características demográficas de la muestra de las 208 mujeres encuestadas se muestran en la

Tabla 1. Se observa que aproximadamente seis de cada diez mujeres tenían edades de entre 30 y 49 años ($M = 42.99$, $DE = 7.71$), escolaridad básica y superior, profesionistas y amas de casa, en su mayoría casadas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes ($N = 208$).

Características	n	%
<i>Edad (años)</i>		
30 39	64	30.8
40 49	57	27.4
50 59	46	22.1
60 70	41	19.7
<i>Escolaridad</i>		
Básica	79	37.9
Media superior	59	28.4
Superior	70	33.7
<i>Ocupación</i>		
Ama de casa	67	32.2
Autoempleda no profesionista	35	16.8
Empleada no profesionista	31	14.9
Profesionista	75	36.1
<i>Estado marital</i>		
Soltera	42	20.2
Casada	135	64.9
Divorciada/separada/viuda	31	14.9

Conocimientos sobre la prevención del CaCu

Los resultados de los tres tipos de conocimientos se encuentran en la Tabla 2. Como se puede observar, las calificaciones del conocimiento de la

utilidad del Pap fueron las más altas, seguidas de las del conocimiento del primer Pap y, por último, las de los factores de riesgo del CaCu.

Respecto a los conocimientos del primer Pap, se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la escolaridad de las mujeres ($F[2,205] = 53.37$, $p < .0001$). Al realizar la prueba *post hoc*, se observó que las mujeres con educación superior tuvieron la calificación más alta, seguidas de las participantes con educación media superior, y finalmente de aquellas con educación básica.

En cuanto a los conocimientos de la utilidad del Pap, también hubo diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la escolaridad de las mujeres ($F[2,205] = 10.87$, $p < .0001$). El análisis de la prueba *post hoc* reveló que no hubo diferencias entre las mujeres con educación media superior y superior, pero se observó que estos dos grupos obtuvieron una calificación mayor que el grupo de mujeres con solamente educación básica.

Finalmente, al analizar los resultados de los conocimientos sobre los factores de riesgo del CaCu, se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a la escolaridad de las mujeres ($F[2,205] = 26.24$, $p < .0001$). Al realizar la prueba *post hoc*, se apreció que la mejor calificación la obtuvieron las mujeres con educación superior, seguidas de aquellas con educación media superior y, por último, con educación básica.

Tabla 2. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino, de acuerdo a la escolaridad de las participantes.

Conocimientos	Escolaridad	M	DE
Primer Pap	Básica	4.59 ^a	2.44
	Media superior	6.67 ^a	2.29
	Superior	8.28 ^a	1.70
	Total	6.38	2.68
Utilidad del Pap	Básica	8.25 ^{b,c}	2.48
	Media superior	9.40 ^b	1.06
	Superior	9.40 ^c	.99
	Total	8.95	1.82
Factores de riesgo del CaCu	Básica	4.29 ^d	2.41
	Media superior	5.90 ^d	1.78
	Superior	6.74 ^d	1.95
	Total	5.54	

Nota. Las filas que comparten superíndices indican diferencias significativas al $p < .05$.

Realización del primer Pap

Los resultados de las mujeres con escolaridad básica y media superior muestran que entre 20 y 30% no se habían hecho la prueba, y de las que sí la habían hecho, aproximadamente la mitad se hizo el primer Pap después de los 30 años y la otra mi-

tad antes de esa edad. Estos resultados difieren de los de las mujeres con educación superior, ya que en este caso solo hubo tres mujeres que no se habían hecho la prueba, y del resto que se la habían hecho, la mayoría lo hizo antes de los 30 años ($X^2[4] = 35.69, p < .0001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje y número de mujeres que se realizaron el primer Pap antes o después de los 30 años, según su escolaridad.

Escolaridad	Antes de los 30 años	Después de los 30 años	No se lo habían hecho	Total
Básica	32.9% (26)	35.4% (28)	31.6% (25)	100% (79)
Media superior	40.7% (24)	39.0% (23)	20.3% (12)	100% (59)
Superior	77.1% (54)	18.6% (13)	4.3% (3)	100% (70)
Total	50.0% (104)	30.8% (64)	19.2% (40)	100% (208)

Conocimientos sobre la prevención del CaCu y la realización del Pap

Al comparar los resultados de los grupos “menor conocimiento” y “mayor conocimiento” sobre la prevención del CaCu, se encontró que el porcentaje de mujeres que no se habían hecho el Pap fue mayor en el grupo de “menor conocimiento”.

En este grupo no hubo diferencias en el porcentaje de mujeres que se hicieron el primer Pap antes o después de los 30 años. Sin embargo, en el grupo de “mayor conocimiento” el porcentaje de mujeres que se hicieron el primer Pap antes de los 30 años fue mayor que el de mujeres que se lo hicieron después ($X^2[2] = 15.73, p < .0001$) (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje y número de mujeres que se realizaron el primer Pap antes o después de los 30 años, según su conocimiento sobre la prevención del CaCu.

Conocimientos sobre prevención del CaCu	Antes de los 30 años	Después de los 30 años	No se lo habían hecho	Total
Menor conocimiento	37.6% (38)	33.7% (34)	28.7% (29)	100% (101)
Mayor conocimiento	61.7% (66)	28.0% (30)	10.3% (11)	100% (107)
Total	50.0% (104)	30.8% (64)	19.2% (40)	100% (208)

LC-azar, conocimientos sobre la prevención del CaCu y realización del Pap

El grupo “azar alto” tuvo una calificación menor de conocimientos que el grupo “azar bajo” ($M = 4.90, DE = 1.33, y M = 5.59, DE = 1.11, respectivamente$) ($t[206] = 4.07, p < .0001$). Cerca de 8% de las mujeres del grupo “azar bajo” no se

había hecho el Pap, y de las que se lo habían hecho, la mayoría se hizo la primera prueba antes de los 30 años. Estos resultados difieren de los del grupo “azar alto”, en el que 31% no se había hecho el Pap, y de las que se lo habían hecho, la mitad se hizo el primer Pap después de los 30 años y el resto antes de esa edad ($X^2[2] = 25.25, p < .0001$) (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje y número de mujeres que se realizaron el primer Pap antes o después de los 30 años, según su puntuación en LC-azar.

LC azar	Antes de los 30 años	Después de los 30 años	No se lo habían hecho	Total
Azar bajo	65.4% (68)	26.9% (28)	7.7% (8)	100% (104)
Azar alto	34.6% (36)	34.6% (36)	30.8% (32)	100% (104)
Total	50.0% (104)	30.8% (64)	19.2% (40)	100% (208)

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que los conocimientos acerca de la prevención del CaCu con los que cuentan las mujeres son, en primer lugar, los relacionados con la utilidad del Pap, seguidos de los conocimientos del primer Pap, y en último lugar de los factores de riesgo del CaCu. Cabe destacar que los tres grupos de mujeres, independientemente de su escolaridad, puntuaron alto en los conocimientos acerca de la utilidad del Pap, los cuales han sido considerados como uno de los principales factores predisponentes de la utilización del Pap (Aguilar y cols., 2003), pero sin ser los únicos.

Las mujeres saben de la utilidad del Pap, pero eso de poco sirve si no se lo practican o si no lo hacen en el momento indicado. En este sentido, se halló que cerca de seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior que se habían hecho el Pap se hicieron el primero después de los 30 años, o, lo que es peor, aún no lo habían hecho. Estos resultados difieren de lo observado en mujeres con educación superior, la mayoría de quienes se lo hicieron antes de los 30 años, resultado similar al reportado por Hernández y cols. (2007), quienes encontraron que el principal factor asociado con la baja realización del Pap es la baja escolaridad de las mujeres.

En cuanto a los conocimientos sobre los factores de riesgo del CaCu, se encontró que incluso las mujeres con escolaridad superior saben muy poco acerca de ello, lo que plantea la necesidad de brindar mayores conocimientos acerca de los factores de riesgo del CaCu mediante campañas de información mejor diseñadas. Los resultados encontrados por Behbakht y cols. (2004) mostraron que el no hacerse el Pap ocurre en las mujeres que tienen escasa información sobre el riesgo del CaCu, entre otras razones.

Al analizar en forma conjunta los tres tipos de conocimientos sobre el Pap, se halló que las mujeres con mayores conocimientos sobre la prevención del CaCu se practican más la prueba de Pap, y la primera vez que lo hacen es antes de los 30 años; lo anterior nuevamente indica la necesidad de que las mujeres entiendan mejor la importancia de prevenir el CaCu.

Otro de los presentes resultados fue que hubo un mayor porcentaje de mujeres con LC-azar alto que no se habían practicado el Pap, en comparación con las de LC-azar bajo. Más aún, casi la mitad de aquellas que se lo habían hecho se hicieron la primera prueba después de los 30 años. Cabe mencionar que la mayoría de estas mujeres tenía un nivel educativo básico. Una mujer con LC-azar alto considera que su estado de salud no está sujeto a su control, depende de la suerte o del destino, y no reconoce su capacidad para cambiar el curso de los acontecimientos (Rotter, 1966). Por consiguiente, su motivación y esfuerzos son mínimos para llevar a cabo comportamientos saludables, como buscar conocimientos, asimilarlos y usarlos para conservar o mejorar su estado de salud, o bien evitar todo aquello que la pone en riesgo (Wallston y cols., 1976).

Mientras no se promueva un LC menos azaroso, las campañas de información resultarán insuficientes para prevenir el CaCu. De hecho, Behbakht y cols. (2004) encontraron que las creencias fatalistas se relacionan con no practicarse el Pap.

Dentro de las limitaciones del estudio, es posible anotar que el contar con una muestra no probabilística impide generalizar los hallazgos, y también la selección de la muestra por redes personales contribuye a un sesgo en los resultados, pues pudiera intervenir la deseabilidad social al momento de responder los cuestionarios. Se sugiere que en futuras investigaciones sobre el problema se disponga de instrumentos que midan el LC en sus diferentes dimensiones.

REFERENCIAS

- Aguilar P., J.A., Leyva L., A.G., Angulo N., D., Salinas, A. y Lazcano P., E.C. (2003). Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Revista Saúde Pública*, 37(1), 100-106.
- Álvarez B., J. (2002). *Estudio de la creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Bazán, F., Posso, M. y Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1), 47-54.

- Behbakht, K., Lynch, A., Teal, S., Degeest, K. y Massad, S. (2004). Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstetrics and Gynecology*, 104, 1355-1361.
- Byrd, T.L., Peterson, F.K., Chávez, R. y Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive Medicine*, 38, 192-197.
- GLOBOCAN (2008). *Cancer incidence and mortality worldwide* (vol. 2): IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en línea: <http://globocan.iarc.fr>. (Recuperado el 3 de junio de 2012).
- Hernández H., D.M., Linaldi Y., F., Apresa G., T., Escudero R., P., Alvarado C., I., Ornelas B., L.A. y Mohar B., A. (2007). Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cerviz. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(4), 313-320.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Hombres y mujeres en México 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática-Instituto Nacional de las Mujeres.
- National Cancer Institute (2009). *Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de cérvix*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud. Publicación de los NIH 09-2047S. Disponible en línea: <http://www.cancer.gov/publications> (Recuperado el 11 de junio de 2012).
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *Hoja informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. Disponible en línea: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/cervicalcancersp.PDF> (Recuperado el 9 de febrero de 2010).
- Oros, L.B. (2005). Locus de control, evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 14(1), 89-97.
- Ortiz V., G.R. y Ortega H., M.E. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21(1), 79-90.
- Palacio M., L.S., Lazcano P., E. Allen L., B. y Hernández Á., M. (2009). Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México*, 51(supl. 2), S208-S219.
- Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1, Whole No. 609).
- Sánchez B., J.J. (2012). Tendencias de mortalidad por CaCu en las siete regiones socioeconómicas y en las 32 entidades federativas de México en los años 2000-2008. *Gaceta Médica de México*, 148, 42-51.
- Secretaría de Salud (2007). Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino. México: *Diario Oficial de la Federación*, 31 de mayo.
- Valenzuela M., T. y Miranda, A. (2001). ¿Por qué no me hago el Papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 5(2-3), 75-80.
- Visdómine L., J.C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 729-751.
- Wallston, K., Maides, S. y Wallston, B. (1976). Health related information seeking as a function of health related locus of control and health value. *Journal of Research Personality*, 10, 215-222.
- Wallston, B.S. y Wallston, K.A. (1978). Health locus of control and self-efficacy beliefs in a healthy elderly sample. *American Journal of Health Promotion*, 6, 160-170.
- Wallston, B.S. y Wallston, K.A. (1981). Health Locus of Control Scale. En H. Lefcourt (Ed.): *Research with the locus of control construct* (pp. 189-243). New York: Academic Press.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. y DeVellis, R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Wang, R., Aldridge, A.A., Malcarne, V., Choe, S., Branz, P. y Sadler, G.R. (2010). Health locus of control and assimilation of cervical cancer. Information in deaf women. *Journal of Canadian Education*, 25, 354-359.