

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS

***LAS REPRESENTACIONES DEL PAPANICOLAOU:
ACTITUDES, CREENCIAS Y EMOCIONES ANTE EL EXÁMEN
DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO
(CaCu)***

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCIÓN
EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

PRESENTA
Natalia Guadalupe Rodríguez Armenta

DIRECTO DE TESIS
Dr. Javier Álvarez Bermúdez

Diciembre 2007

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS

***LAS REPRESENTACIONES DEL PAPANICOLAOU:
ACTITUDES, CREENCIAS Y EMOCIONES ANTE EL EXÁMEN
DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO
(CaCu)***

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS CON OPCIÓN
EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

PRESENTA

Natalia Guadalupe Rodríguez Armenta

DIRECTO DE TESIS

Dr. Javier Álvarez Bermúdez

REVISORES

Dra. Marcela Granados Shiroma

Dr. José Moral de la Rubia

Diciembre 2007

En la distancia...

*Su fortaleza me mantuvo
Su coraje me animo
Su cariño me refugio
Su paciencia me alimento
Su fe me reconforto*

Ahora la recompensa es saber que a pesar de la distancia nos podemos tener

Dedico este escrito a quienes sin objetar me han permitido ser y estar recordándome que lo importante no es tan sólo llegar a la meta sino disfrutar el camino.

A ustedes *Papá* y *Mamá* por enseñarme que en la vida hay de todo (lo bueno, lo malo, lo más o menos y lo trágico) pero lo importante de ello es aprender y seguir adelante.

A mi *hermano* por cuidarme, respetarme y caminar junto a mí moldeándome día a día para ser aguerrida.

A mi amiga *Alethia* (hermana por elección) por compartirme que la vida se pinta de colores y como tal hay infinidad de matices que podemos disfrutar.

A ti que por asares del destino llevas nombres diversos te dedico estas líneas que han sido esfuerzo constante de toda mi gente y en donde yo sólo soy el instrumento y la vocera de lo generado.

Porque los maestros no sólo se encuentran en las aulas sino también fuera de ellas y ahí, he tenido a los mejores, los he tenido a ustedes. ¡**GRACIAS!**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la *Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)* por acogerme como un miembro más de esta casa de estudio, en particular enfatizó mi agradecimiento a la Facultad de Psicología y su directivo el *Mtro. Arnoldo Téllez López* y la *Lic. María Ester Rea Barajas* por la oportunidad brindada, la aceptación y con ello el descubrimiento de las habilidades para los retos.

Al *Dr. Javier Álvarez Bermúdez* subdirector de Postgrado y director de la presente tesis. Doctor gracias por su paciencia, su compartir, su tiempo, su dedicación y apoyo en este lapso de tiempo, gracias por enseñarme y también por dejarme caminar. A ustedes *Dra. Marcela Granados Shiroma* y *Dr. José Moral de I Rubia* revisores de la tesis por sus aportaciones, observaciones y comentarios para el enriquecimiento del trabajo que sin duda vierte el conglomerado de los pensamientos y visiones (de la tesista y profesores) que se lograron condensar con una única finalidad generar conocimiento y compartirlo.

De igual forma hago extensiva mi gratitud a cada uno de los docentes que compartieron el conocimiento, el espacio y tiempo. En especial a aquellos que fuera del aula o la oficina me prestaron sus oídos y fueron la mano amiga: *Dra. Mónica Teresa González Ramírez* y *Mtra. Bella Aurora Garza García*.

A cada uno de ustedes *compañer@s* de clases mis mas sinceros agradecimientos por estar, coincidir, prestarme sus gafas para ver el mundo y dejarme aprender de ello.

Por último no por ello menos importante agradezco a las amistades encontradas y reencontradas, esas que parecieran tener alas y caer del cielo, Gracias *Sandra, Alethia* y *Rocío* (primis por los viejos tiempos y los que faltan). Y a todos los que en una fuga se van de la mente pero no del corazón.

LAS REPRESENTACIONES DEL PAPANICOLAOU: ACTITUDES, CREENCIAS Y EMOCIONES ANTE EL EXÁMEN DE DETECCIÓN OPORTUNA DEI CÁNCER CERVICOUTERINO (CaCu)

RESUMEN

La salud es considerada como la piedra angular en la vida de todo individuo y por ende de toda sociedad, si ésta faltara no podría hablarse de desarrollo o modernidad, paradójicamente su estudio ha tenido rezagos que la han llevado a ser vista como un fenómeno social unidireccional al concebirla como la ausencia de enfermedad y por tanto como un estado por conservar y no como uno por desarrollar, hecho que descarta la responsabilidad personal y otorga mayor posibilidad para delegarla a un tercero (médico), resultando de ello usualmente que el énfasis de ésta recaiga en lo curativo obviando la prevención y promoción de la misma. Y aunque en la última década ha habido un giro en los modelos y su abordaje, aún no se puede hablar de metas alcanzadas u objetivos cumplidos, prueba de ello es la existencia de enfermedades como el cáncer que en algunas de sus variedades se realiza la nula participación de los individuos como entes activos, un ejemplo lo es la situación actual del cáncer cervicouterino que en incidencia es un fenómeno que sigue alertando al sector salud y atemorizando de manera particular a las mujeres, que si bien cuentan con información acerca de él y su prevención, sus conductas se ven menoscabadas por una serie de factores de los cuales destacan los psicológicos. Considerando lo anterior el objetivo del presente documento fue identificar que representaciones sociales tienen las mujeres hacia el exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino y posterior a ello identificar y caracterizar las posibles relaciones entre las representaciones sociales del Papanicolaou (creencias, actitudes y emociones) y la realización o no del exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

El presente estudio de comparación de grupos fue de un diseño no experimental de tipo transversal y alcance descriptivo-correlacional, con una muestra no probabilística de 100 mujeres de Monterrey (Nuevo León) y el área conurbana. Los resultados encontrados muestran que las dimensiones de estudio (creencias emociones y actitudes) fueron componentes interrelacionados que conformaron y dieron sentido a la representación del Papanicolaou, en donde las fungieron como el elemento determinante para la realización u omisión del Papanicolaou y a su vez la guía de las actitudes y emociones ante el exámen de detección oportuna. Así mismo se destaca que la influencia de las fuentes de información, principalmente la de las redes sociales (amigas y familiares), son responsables del origen de las creencias y las conductas derivadas de las mismas.

Palabras claves: Mujer, representaciones sociales, creencias, actitudes, emociones, Papanicolaou.

INDICE

CAPITULO I.....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 ANTECEDENTES	5
1.2 DEFINICION DEL PROBLEMA	19
1.2.1 Pregunta general	20
1.2.2 Pregunta específica	20
1.3 JUSTIFICACIÓN	21
1.4 OBJETIVOS	22
1.4.1 General.....	22
1.4.2 Especifico	22
1.5 HIPOTESIS	22
1.6 LIMITACIONES	22
CAPITULO II.....	23
MARCO TEORICO	23
2.1 REPRESENTACIONES SOCIALES: ASPECTOS TEORICOS	23
2.1.1 El concepto.....	23
2.1.2 ¿Qué son las representaciones sociales?.....	25
2.1.3 Elementos de las representaciones sociales.....	27
2.1.4 Formación de las representaciones sociales.....	28
2.1.5 Dimensiones de las representaciones.....	29
2.1.6 Funciones de las representaciones sociales	30
2.1.7 Procesos de las representaciones sociales.....	32
2.1.8 El estudio de las representaciones sociales.....	34
2.1.8.1 Las escuelas.....	36
2.2 LA IDENTIDAD INCLUIDA EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	40
2.3 REPRESENTACIONES SOCIALES Y PROCESO SALUD/ENFERMEDAD TRES ELEMENTOS PRESENTES	42
2.3.1 Las Representaciones Sociales como eje para el entendimiento en el proceso salud/enfermedad	45

2.3.2 Las actitudes.....	54
2.3.2.1 Elementos de las actitudes	54
2.3.2.2 Componentes de la actitud.....	55
2.3.2.3 Funciones de las actitudes.....	56
2.3.3 Las creencias.....	58
2.3.3.1 Componentes y funciones de las creencias	59
2.3.3.2 elementos de las creencias.....	60
2.3.4. Las emociones.....	63
2.3.4.1 Componentes de las emociones	64
2.3.4.2 Funciones de las emociones.....	67
2.3.4.3 Proceso de las emociones	69
2.4 CÁNCER CERVICOUTERINO Y DETECCION OPORTUNA	71
2.4.1 ¿Qué es el cáncer cervicouterino?.....	71
2.4.2 Exámen de detección oportuna (Papanicolaou).....	72
2.4.3 Programa de Detección Oportuna.....	73
CAPITULO III.....	75
MÉTODO.....	75
3.1 MUESTRA.....	75
3.1.1 Criterios de inclusión.....	76
3.1.2 Selección de la muestra:.....	76
3.1.2.1 Procedimiento	76
3.1.3 Muestra: Identificación de grupos y caracterización	77
3.2 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	78
3.2.1 Fase uno.....	78
3.2.1.1 Pilotaje.....	78
3.2.2 Fase dos.....	81
3.2.2.1 Redes Semánticas.....	81
3.2.2.2 Cuestionario CAE (creencias, actitudes y emociones) acerca del Pap.....	87
3.2.2.3 Diferencial semántico.....	88
3.3 INSTRUMENTO: ESTRUCTURA FINAL.....	92
3.4 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	92
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	92

CAPITULO IV	94
RESULTADOS	94
4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA	94
4.1.1 Variables Sociodemográficas.....	94
4.1.1.1 Edad	94
4.1.1.2 Escolaridad	95
4.1.1.3 Ocupación.....	96
4.1.1.4 Estado Civil.....	96
4.1.1.5 Servicio Médico.....	97
4.2 ANALISIS Y RESULTADOS DE LAS VARIABLES ESTUDIO	98
4.2.1 Redes Semánticas.....	98
4.2.2 Cuestionario CAE (creencias, actitudes y emociones) acerca del Pap.....	103
4.2.3 Diferencial Semántico	114
4.3 VARIABLES Y SU RELACION	118
4.3.1 Representación Social del Pap para el grupo A	118
4.3.2 Representación Social del Pap para el grupo B	119
4.3.3 Relación entre las Representaciones del Pap y la realización de éste: Creencias, Emociones y Actitudes.....	120
4.3.3.1 Relación entre las creencias, actitudes y emociones hacia el Pap en el grupo A.....	120
4.3.3.2 Relación entre las creencias, actitudes y emociones hacia el Pap en el grupo B.....	121
CAPITULO V	123
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	123
5.1 PROPUESTAS	130
BIBLIOGRAFIA.....	133
ANEXOS.....	142
1 Instrumento.....	143
2. Hoja de vaciado de información para redes semánticas	147

3 Tablas de las definidoras completas del grupo A (pilotaje).....	148
4 Tablas de las definidoras completas del grupo B (pilotaje).....	149
5 Tablas de las definidoras completas del grupo A	150
6 Tablas de las definidoras completas del grupo B	153
7 Tablas de respuestas y categorización del cuestionario Grupo A	155
8 Tablas de respuestas y categorización del cuestionario Grupo B	164

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Grafica de la tasa de incidencia y mortalidad por entidad federativa de displasia leve-moderada-severa y Ca in situ Cervicouterino año 2004.	7
Figura 2. Esquema realizado por el Dr. Javier Álvarez Bermúdez en su estudio de creencias sobre salud y enfermedad	53
Figura 3. Componentes de la Emoción	65
Figura 4. Esquema de la representación del proceso emocional	70
Figura 5. Aparato reproductor femenino	72
Figura 6. Estructura del Diferencial Semántico	91
Figura 8. Grafica de variaciones entre las definidoras de los conjuntos SAM según la distancia semántica	102
Figura 9. Grafica de variaciones entre las definidoras de los conjuntos SAM según el peso semántico.....	102
Figura 10. Esquema de frecuencia: Creencias hacia el Papanicolaou	104
Figura 11. Esquema de frecuencia: Actitud hacia la realización del Papanicolaou... ..	107
Figura 12. Esquema de frecuencia: Emociones hacia el Papanicolaou	109
Figura 13. Esquema de frecuencia: Cercanía cultural con la enfermedad (CaCu)	112
Figura 14. Grafica de variaciones entre los ítems que conformaron las escalas bipolares del Diferencial Semántico	117
Figura 15. Esquema lineal del grupo A	118
Figura 16. Esquema lineal del grupo B	119
Figura 17. Esquema pictórico del grupo A	121
Figura 18. Esquema pictórico del grupo B	121

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las participantes	95
Tabla 2. Escolaridad de las participantes.....	95
Tabla 3. Ocupación de las participantes	96
Tabla 4. Estado Civil de las participantes.....	96
Tabla 5. Servicio Médico de las participantes	97
Tabla 6. Conjunto SAM (Grupo A)	100
Tabla 7. Conjunto SAM (Grupo B)	100
Tabla 8 Medidas de Tendencia Central y Comparación del Diferencial Semántico por grupo	115
Tabla 9 Actitud global hacia el Pap.....	117

*"La investigación es una cosa demasiado seria y demasiado difícil para tomarse la libertad de confundir la rigidez, que es lo contrario de la inteligencia y la imaginación, con rigor".
Pierre Bourdieu*

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que constituye un importante problema de salud. Es un crecimiento no controlado, desmedido y desordenado de células que puede afectar a casi cualquier tejido del cuerpo humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el mundo existen más de 11 millones de personas con diagnóstico de cáncer al año y habrá 16 millones de casos nuevos para el año 2020 (SSA, 2006).

En particular, Restrepo (1993; en Langer y Nigenda, 2000) alude que los cánceres del aparato reproductivo son la causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres de América Latina y el Caribe, la información disponible indica que, cada año, entre 20,000 y 30,000 mujeres en la región mueren por esta causa; de ellos, el cáncer de cuello uterino (CaCu), es uno de los más frecuentes.

En la actualidad, a pesar de que este cáncer es prevenible (por ser una infección de transmisión sexual), detectable (mediante exámen de Papanicolaou), de lenta evolución y totalmente curable si se descubre en estadios tempranos, constituye un riesgo para todas las mujeres y debido a su magnitud, un problema de salud pública ya que existen cerca de 490 mil casos de CaCu reportados cada año en el mundo, lo que lo ubica en el segundo lugar como neoplasia maligna, 80% de estos casos son en países en desarrollo, de los cuales, América Latina no ha sido la excepción, pues en las

últimas décadas, se estima que existen 72 mil casos por año, convirtiéndose así en un problema importante de salud de la mujer; hecho que trasciende y golpea fuertemente a nuestro país. (OMS, Parkin, Pisan, Ferlay, 1998, Lazcano, 1996; Ferlay, 2000; en Tamayo, 2002).

Desafortunadamente, en los últimos 20 años la mortalidad por CaCu muestra una tendencia ascendente en la mayoría de los países de la región. En México continua siendo la neoplasia más frecuente de la mujer. En el periodo del año 1990 al 2000 ocurrieron 48,761 defunciones por CaCu, lo que representa un promedio de 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, con un crecimiento promedio anual de los casos absolutos de mortalidad de 0.76% (Arguero, García,. Álvarez, Montaña y Duran, s/f).

Para el 2001 se notificaron 22,774 casos de lesiones intrapiteliales escamosas (LIE) y tumores malignos de cuello de útero (SSA, 2001; en Castañeda, 2004), siendo difícil estimar el total de casos que se presentan, dadas las deficiencias de los sistemas de información.

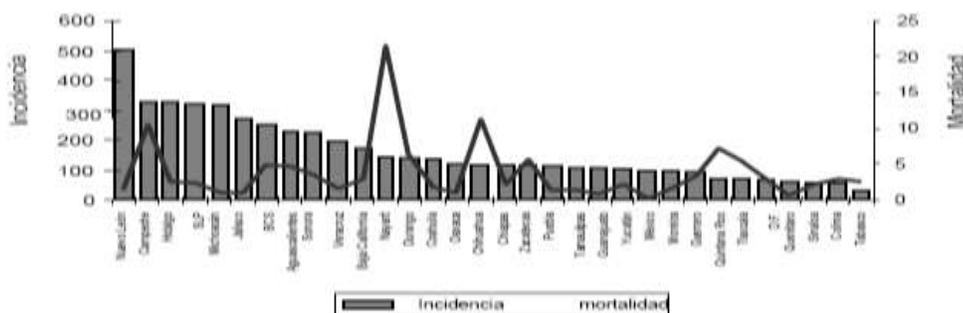
Los años venideros han sido semejantes, los tumores malignos siguen ocupando los primeros lugares como causa de muerte. En 2002 la tasa de mortalidad por CaCu en el ámbito Nacional fue de 16 muertes x 100,000 mujeres y un total de 4,323 defunciones en ese año. Esto, es reforzado por la Organización Panamericana de la Salud (2003) al informar que este mismo año México reportó 40.5 x 10,000 nuevos casos de CaCu, a diferencia de lo encontrado dentro de las poblaciones femeninas de Estados Unidos y Canadá quienes manifiestan tener 7.8 nuevos casos x 100,000 y 8.2 nuevos casos x 100,000 respectivamente (Pan American Health Organisation, 2003 y American Cancer Society, 2004).

Posteriormente la Secretaria de Salud (SSA) informa que en el año 2004 se ocupó el primer lugar como causa de defunciones por neoplasias malignas, al reportarse 4,245 defunciones (SSA, 2006). Estos datos logran mostrar, que el cáncer ginecológico en México si constituye un problema importante de salud pública, encabezado por el tumor maligno de cuello uterino, que se presenta como la primera causa de mortalidad en las mujeres, en todo el país (SSA, 2004; en Castañeda 2004).

Ejemplo de ello es lo notificado por la SSA dentro de sus resultados estadísticos al señalarse que en el estado de Nuevo León el CaCu ocupó en el 2004 el primer lugar en incidencia con 505.8 casos por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años, sin embargo en la tasa de mortalidad es de 1.33 por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años, lo que ubica al estado en el lugar 25 en mortalidad por esta causa (SSA, 2006).

Lo anterior, podría entenderse como el buen funcionamiento de la detección oportuna (prevención), contrario a lo que sucede en otras entidades federativas que poseen baja tasa de incidencia y alta de mortalidad (ver figura 1).

Figura 1. Grafica de la tasa de incidencia y mortalidad por entidad federativa de displasia leve-moderada-severa y Ca in situ Cervicouterino año 2004.



FUENTE: Anuarios de Morbilidad SSA, Sistema Nacional de Información en Salud, SSA.

Un año después (2005), la tasa de mortalidad (x 10,000 mujeres) de esta enfermedad sigue disminuyendo, pero no así su incidencia que permanece invariable, de ahí que el problema siga latente. Según lo reportado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2006), en este año se registraron 118 muertes de mujeres de 25 años y más, a causa de este mal. Las cuales se dividieron entre los municipios de la siguiente manera: 38 en Monterrey, 16 en Guadalupe, 12 en San Nicolás, 10 en Santa Catarina, 9 en General Escobedo, 7 en Apodaca, 4 en Cadereyta, 3 en San Pedro, 3 en Linares, 3 en Montemorelos y 13 en otros de sus municipios.

Debido a esta latencia, el reforzamiento hacia la detección oportuna (prevención) debe de seguir y procurar ser efectivo, como se reporta en los países desarrollados al connotar que en los últimos 50 años la mortalidad ha disminuido, en gran medida al exámen de detección oportuna (Pap). Por ejemplo, la tasa de mortalidad (ajustada por edad) de Estados Unidos, es de 2.4 x 10,000 habitantes, al compararla con México resulta evidente su diferencia, pues éste se reporta con 14 x 10,000 habitantes (Castellano, 2003). Lo anterior muestra que la diferencia para muchas mujeres entre seguir viviendo o no, se sintetiza en el cuidado de su salud a través de la prevención y en el manejo adecuado de la misma (por parte del sector salud).

Viendo tal prioridad y siguiendo su estudio, actualmente se sabe que el riesgo de padecer CaCu está asociado con variables y factores relacionados con la vida sexual y reproductiva: la edad de iniciación de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales de la mujer o de su compañero y el número de partos, sin embargo la certeza actual sólo permite afirmar que el CaCu se comporta epidemiológicamente como una enfermedad de transmisión heterosexual, donde el Virus del Papiloma Humano (VPH) se hace presente para desencadenar el proceso de malignización de las células del

cuello del útero (Restrepo, 1992; en Lamadrid, 1998), y a la par saber que su desarrollo tarda en promedio de 10 a 20 años y generalmente evoluciona de manera silenciosa y sin síntomas. Este largo periodo ofrece: gran oportunidad de detectarlo en etapas tempranas, a través de la toma y estudio microscópico de una muestra de células descamadas del cuello del útero, conocida como exámen de Papanicolaou (Pap) o Citología Cervico-vaginal, y evitar su evolución y desencadenantes (cáncer invasor o muerte).

Sin embargo, muy a pesar de que puede ser prevenible y totalmente curable si se atiende a tiempo, se sabe hoy en día que a nivel Nacional, uno de los retos que enfrenta la SSA es la transición de las enfermedades crónicas, de las cuales, el cáncer cervicouterino forma parte.

Esto ha originado que el SSA implemente una serie de estrategias encaminadas a detectar oportunamente los padecimientos y así mejorar el bienestar de la población. Entre las acciones preventivas propias de la mujer, la Norma Oficial Mexicana (NOM) sugiere la citología cervico-vaginal (a través de los programas de detección oportuna mejor conocidos con las siglas DCACU) cada tres años después de dos resultados negativos a partir de los 25 años, ya que los casos más leves entran en remisión, especialmente entre las mujeres menores de 35 años. Esto se debe a que las mujeres generalmente contraen el virus en su adolescencia, o a los veinte o treinta años de edad y acaban teniendo cáncer 20 años después. Y aunque todavía no existe cura para el VPH, pueden tratarse sus consecuencias o mejor aún puede prevenirse (mediante la consulta medica y el exámen diagnóstico, las y las vacunas disponibles en la actualidad) por medio de los servicios de salud (Garza, Villarreal, Salinas y Núñez, 2004).

De ahí, que la detección oportuna constituya como ya se ha mencionado, la forma más efectiva para la prevención de este padecimiento, que en síntesis incluye dos importantes procesos; la toma y la interpretación del la muestra, que se lleva a cabo mediante el exámen del Papanicolaou.

Autores como Restrepo y Herrero (1991; en Lamadrid, 1998) connotan que en los países escandinavos, donde se han establecido programas dirigidos de toma de Papanicolaou (Pap), se ha obtenido una disminución de la incidencia y la mortalidad por CaCu de 60%. De igual forma refieren que en Canadá el programa de toma sistémica de Pap ha sido tan exitoso en la reducción de la mortalidad, que se le considera modelo para América.

A diferencia de ello, en México se dice que los programas DCACU no han logrado transmitir la importancia de la prueba del Papanicolaou, debido entre otras cosas a las actitudes y resistencia de las mujeres hacia la práctica de la misma (Arguero, et al., s/f), así como los conocimientos, costumbres y vulnerabilidad que experimenta la mujer frente a la prueba (Aguilar, Lazcano, Alonso, Ramírez, Cantoral y Hernández, 1996).

Esto se evidencia al leer que el uso de las acciones preventivas reportado en el año 2000 menciona que la población mayor de veinte años usa los servicios preventivos, de los cuales el 27.4% de la población corresponde a la Detección oportuna del cáncer cervicouterino (DCACU). Específicamente en Monterrey Nuevo León, México, Garza, et al., (2004) realizaron un estudio referido a ello, con un tamaño muestral de 245 sujetos del cual se obtuvo que: en lo que respecta a la utilización de las acciones preventivas, las referidas a las detecciones propias de la mujer (DCACU) el 34.3% de la población femenina participó, cabe destacar que este estudio fue realizado con población abierta, lo que sólo nos permite observar un panorama global y no así realizar

generalizaciones; sin embargo, nos da un punto de partida para percibir lo que acontece.

En este sentido, es posible deducir que si bien lo biológico determina gran parte del proceso de la enfermedad (teniendo como factor prioritario al VPH para que este se desarrolle y culmine como una enfermedad mortal), las cuestiones personales como las actitudes hacia el proceso salud/enfermedad (poca atención de los individuos al cuidado de su salud, como por ejemplo la nula, discontinúa o escasa participación de las mujeres ante la realización del Pap) y las creencias acerca de la prueba del Pap o de la atención médica que se manifiestan en cada sociedad respecto al CaCu influyen en el desarrollo y posible deterioro de la salud.

Referido a ello, existen hipótesis que relacionan la frecuencia del CaCu con los patrones culturales del comportamiento sexual y la actitud de las mujeres y de los hombres ante el cuidado de su salud, particularmente su salud reproductiva.

Lo anterior nos lleva a mostrar investigaciones realizadas donde se exponen los argumentos que las mujeres dan para la no realización o suspensión del Pap.

El estudio: **Relatos de mujeres, vidas de mujeres experiencias con el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino**. Realizado por La alianza para la prevención del cáncer cervicouterino (ACCP, 2004 a) que esta compuesta por cinco organizaciones internacionales de la salud y quien se ha dado a la tarea de recoger y transmitir la experiencia de mujeres alrededor del mundo con CaCu y el tamizaje. Ésta nos muestra los relatos de mujeres de África, Asia, América Latina y el Caribe.

Dentro de estos relatos lo más destacable fueron las cuestiones sociales como: género y poder, las creencias que se tenía respecto a la enfermedad y al tamizaje, así como el rango de edades en el que se presentó el cáncer (32 a 51 años). Frases como:

- La India

“Me pregunté si me permitiría hacerme una prueba ginecológica, dado que no sentía ninguna molestia”, “Me dio gusto que mi esposo aprobara el que yo me hiciera la prueba” (Pratibha, en ACCP a, 2004, 9,10).

- Sudáfrica

“Las mujeres tendemos a no platicar de nuestros problemas de salud íntimos, en particular los relacionados con los genitales, porque no se quiere ser objeto de chismes”, “Supuse que la muerte era inevitable cuando me diagnosticaron cáncer cervical” (Florence, en ACCP a, 2004, 13,15).

- Ghana

“Ante la prueba me sentía asustada porque no sabía lo que implica el tamizaje y yo soy de la clase de personas que no resiste el dolor”, “A las mujeres se les pide comúnmente un permiso del esposo para solicitar atención sanitaria (Helen, en ACCP a, 2004, 17).

- Trinidad y Tobago

“Es mejor prevenir que curar” (Ava, en ACCP a, 2004, 23).

- Perú

“Pienso que sino heredé el cáncer cervicouterino de mi madre, es un castigo de Dios por algo malo que debo de haber hecho en el pasado” (Gloria, en ACCP a, 2004, 25).

Nos permiten observar que: los temores y las ideas erróneas así como los obstáculos emocionales a menudo impiden a las mujeres solicitar los servicios de tamizaje y tratamiento. Además, en muchas regiones se considera que el cáncer es una sentencia de muerte, por ello las personas prefieren evitar una prueba que podría prevenirlo que enterarse de su situación (ACCP a, 2004).

Lo anterior sugiere que la aparición del cáncer cervicouterino se reconoce como una enfermedad multideterminada, producto de la concurrencia de factores no sólo de carácter biológico, sino psicológicos y socioculturales, los cuales se comportan de manera específica en cada individuo (Bayes, 1985-1998; en Avila, Ávila, Vielma, 2004).

Otro ejemplo sobre ello es lo expuesto en el documento titulado **Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe** (Lewis, 2004), donde se comenta que:

“Los estudios han revelado que las mujeres muestran cierta renuencia a someterse al tamizaje porque percibían al cáncer cervicouterino como un sinónimo de muerte. La falta de información sobre los posibles tratamientos generaba un temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentuaba todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas. Además, la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria es de disuasión para algunas mujeres”.(Lewis, 2004, 14).

Gracias a trabajos como los anteriores que se realizan de manera secuencial y muy probablemente a la par de otros, podemos tener referencias que nos permiten ubicar la problemática dentro y fuera de nuestro contexto, un ejemplo más de ello es el estudio de: Silvia Lamadrid Álvarez quien en 1993 realizó una investigación de carácter exploratoria y descriptiva en Santiago de

Chile. El objetivo se abocó a estudiar cuales eran los factores de resistencia que presentaban las mujeres beneficiarias de los consultorios para tomarse el exámen de Papanicolaou con la periodicidad indicada. En él se exploraron los estereotipos sobre los roles de las mujeres relacionados con sus prácticas cotidianas, especialmente en los aspectos referidos a su cuerpo, su sexualidad y el cuidado de su salud en particular la ginecológica. La muestra final quedó compuesta por un total de 299 mujeres (atrasadas en un año al menos en la toma del Pap) cuyas edades oscilaban entre los 25 y 54 años.

Los resultados obtenidos fueron: El principal medio que mencionan las mujeres para prevenir el CaCu es el control médico y el Pap, lo que indicaba que, si no se habían hecho el exámen, no era porque la mayoría no lo conociera. Una de cada seis creía que la higiene puede ayudar a la prevención y una de cada diez asoció la prevención con el control de la actividad sexual. Separadas por edad las que menos mencionaron el control médico y el Pap son las mujeres mayores de 35 años, las mismas que mencionan la higiene y el control del comportamiento sexual. Con estos resultados podemos observar que aunque exista el conocimiento sobre el Pap y sus beneficios aún persiste renuencia por parte de las mujeres al chequeo continuo.

Por otra parte, dentro del Territorio Nacional también se han venido realizando una serie de estudios que permiten tener un panorama general sobre los aspectos o factores que interviene para que las mujeres no acudan a la detección oportuna del CaCu.

Una evidencia es lo expuesto por Valenzuela y Miranda (2001), quienes al realizar su estudio identificaron dentro de las barreras para realizarse el papanicolaou las siguientes:

1. Barreras psicológicas:

- Miedo: A obtener un resultado adverso, al dolor al exámen o a la falta de higiene del material.
- Pudor: Porque el exámen fuese tomado por un varón o por la presencia de personas extrañas en la atención.
- Creencias erróneas sobre el exámen: Por ejemplo que es sólo para mujeres en edad sexual activa, que es sólo para mujeres jóvenes, que el Pap interfiere con el Dispositivo Intrauterino (DIU).

2. Errores de Información: Contenido en algunos folletos oficiales en donde se señalaba que el Pap sirve para prevenir el cáncer y no para detectarlo precozmente.

Por último, es preciso comentar que los autores antes mencionados, destacan que las barreras que impiden a muchas mujeres tomarse el Pap son principalmente psicológicas y no de acceso físico o financiero, aunque éstas también intervengan.

De igual forma, Lewis (2004) hace mención a factores que hoy en día se tienen como influyentes para la efectividad de los programas de detección oportuna. Entre los obstáculos a la participación de la población destacan **factores predisponentes:** tales como conciencia y conocimientos sobre el problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; **factores facilitadores:** como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y **factores de refuerzo:** como las expectativas sociales. Siendo estos algunos obstáculos para una Participación Eficaz.

Lo anterior nos lleva a reflexionar e hipotetizar que si son estos los principales elementos obstaculizantes se hace relevante ahondar sobre la relación existente entre las creencias y actitudes, sobre la enfermedad y las cuestiones emocionales, para ser mas claros, es conveniente bajo esta lógica identificar la relación existente entre lo cognitivo y lo emocional. Para de ahí lograr proponer una intervención que pueda funcionar de raíz.

Sin embargo como no se pretende aventurarse sin ninguna sustento, se proseguirá con la muestra de los estudios que se han realizado.

El estudio hecho por Guerra, Campos y Pérez (2001), sitúa la problemática dentro del Estado de Nuevo León (México), mostrando los factores relacionados ante el proceso de Detección Oportuna. Este estudio, fue realizado dentro de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.6 de Monterrey (Capital del Estado de Nuevo León), su objetivo fue Identificar las barreras que influyen en las mujeres mayores de 25 años en la no realización de la detección oportuna del CaCu. La muestra estudiada se conformó de 68 mujeres de las cuales se pudieron obtener los siguientes resultados: Dentro de las barreras se encontraron: la vergüenza en un 30%, desidia en 25%, y horario de trabajo en 23.5%. El 41.2% considera la promoción institucional regular.

En un estudio más, realizado en la zona médica No. 2 de la ciudad de Monterrey Nuevo León, México, por Ávila, et. al., (2004), se señaló que las barreras de acceso para la detección oportuna del cáncer cervicouterino son:

- Institucional: el trato del personal y el tiempo de espera.
- De acceso: fue el tiempo de traslado de casa y trabajo para la unidad de medicina familiar.
- Y en el aspecto psicológico: manifestaciones de temor ante la realización del estudio y la vergüenza al momento de éste.

Por último, Farfán, Barrón, Jiménez y Vázquez (2004), realizaron un estudio dentro de la Unidad de Medicina Familia No.28 del IMSS de la ciudad de Monterrey Nuevo León, México, su objetivo fue identificar los factores personales y psicosociales que están presentes en las mujeres que no acuden a la detección oportuna del CaCu. La muestra fue de 105 mujeres entre los 25 y 64 años de edad. Los resultados obtenidos revelaron que: el 70% de las mujeres manifestó sentir pena a la realización de la detección, 63% refirió angustia, 36% dijo creer que podría ser doloroso, el 21% creía que al realizárselo podría ocasionarle alguna infección y un 34% de la mujeres manifestó que la duda de conocer el resultado del exámen es angustiante. En este estudio, se menciona que los resultados obtenidos coinciden con la investigación de Garza Puga y Cols. (2002) en donde los factores principales para no acudir al exámen de detección oportuna del CaCu, son el sentimiento de pena y la falta de información y difusión.

Estudios anteriores a éste (Hernández, Girón, Correa, Hernández, Esquivel, y Jacobo, 2002), manifiestan al factor “pudor” (conceptualizado por los investigadores como vergüenza o recato, especialmente hacia el sexo o el propio cuerpo) como uno de los intervinientes para que las mujeres no utilicen el servicio de detección oportuna del CaCu.

Analizando este tipo de antecedentes es posible identificar que: si bien se han venido realizando estudios que permiten ubicar a los factores que se consideran limitantes de la prevención oportuna del Cáncer Cervicouterino (donde la realización del Pap juega un papel crucial), a la par es posible detectar que cada uno de ellos se ha limitado a identificarlos sin relacionarlos o proponer alternativas que aporten soluciones para la problemática.

Además, cabe mencionar que los estudios han sido realizados por profesionales de la salud principalmente por médicos y enfermeras y no así por psicólogos, hecho que permite surja la presente tesis que tuvo como objetivo enfocarse en los factores psicológicos en específico en las creencias, emociones y actitudes que obstaculizan la realización del examen de papanicolaou y por ende la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1.2 DEFINICION DEL PROBLEMA

La acción preventiva aún se ve menoscabada por una serie de factores de los cuales los psicológicos en esta ocasión fueron los de interés debido a que: dentro de la diversidad de estudios sobre la propensión a enfermar, encontramos que los reportes de investigaciones apuntaron más hacia resultados que avalan la función de las emociones, las cogniciones o los comportamientos de manera aislada. Sin embargo, aunque no se ha investigado la influencia de la personalidad como un todo, sí es importante tener en cuenta el papel de diversos factores personales que hacen pasar de la salud a la enfermedad.

Dentro de los trabajos que se han venido realizando, Libertad (2003), cita las siguientes variables como objeto de estudio:

- ☉ Variables emocionales: La ansiedad, depresión, hostilidad, ira y agresividad constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades.
- ☉ Variables cognitivas como: Determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales que desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita.
- ☉ Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene del cuerpo o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad.

En síntesis, es importante subrayar que en el proceso de decisión de realizar acciones respecto a la salud de una persona, interviene el grado en que se está dispuesta a actuar, las creencias y lo que determina la sociedad sobre la eficacia de medidas alternativas; aúñado a barreras psicológicas, influencias interpersonales y una o más señales que desencadenan una respuesta (Garza, et al., 2004), por tanto el uso de los servicios de salud es una conducta dinámica de los individuos en donde su capacidad de interpretación jugará un papel muy importante.

Lo descrito con anterioridad muestra que para la acción preventiva existe una serie de factores que participan de forma conjunta obstaculizándola. Debido a ello y a que el interés de esta investigación es saber si estos factores psicológicos como lo son las actitudes, creencias y emociones intervienen para que las mujeres decidan efectuarse alguna detección o prueba con fines preventivos surgen las siguientes interrogantes:

1.2.1 Pregunta general

- ¿Qué representaciones sociales tiene las mujeres hacia el exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino?

1.2.2 Pregunta específica

- ¿Existe relación entre las representaciones sociales del Papanicolaou (creencias, emociones y actitudes) y la realización o no realización del exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El panorama que se ha descrito muestra que la detección oportuna del cáncer cervicouterino a través del Pap, se ha visto imposibilitado por algunos factores psicológicos, parte de ello se refleja en los estudios mencionados en el apartado de antecedentes, en donde de igual forma se acentúa la carencia de investigaciones dirigidas a ellos.

En este sentido al analizar con atención el presente documento se puede identificar que son dos las razones principales que hacen pertinente y relevante esta investigación:

1. El cáncer cervicouterino es una enfermedad que representa para la sociedad en conjunto un desafío, por ser un problema de salud evidente que día a día crece y enlista a nuevas integrantes en el padecimiento, cobrando sus vidas.
2. La carencia de investigaciones previas completas, sobre todo la escasez en el desarrollo de investigaciones que aborden los factores psicológicos por los mismos profesionales del área (psicólogos).

Tomando en cuenta lo anterior, se cree conveniente que la perspectiva de las representaciones sociales es una herramienta útil para explicar la problemática dentro del estudio. Por lo cual se abordará a mayor profundidad en el apartado de Marco Teórico.

A continuación se muestran los objetivos y las hipótesis que son la guía de la tesis, así como las limitantes de la misma:

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

- Identificar que representaciones sociales tienen las mujeres hacia el exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1.4.2 Específico

- Identificar y caracterizar las posibles relaciones entre las representaciones sociales del Papanicolaou (creencias, emociones y actitudes) y la realización o no realización del exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1.5 HIPOTESIS

- ⇒ Las creencias hacia el Pap influyen en la realización del exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.
- ⇒ Las actitudes hacia el Pap influyen en la realización del exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.
- ⇒ Las emociones hacia el Pap influyen en la realización del exámen de detección oportuna del cáncer cervicouterino.

1.6 LIMITACIONES

- NO ES UN ESTUDIO PROBABILISTICO

“Si me hubieran hecho objeto sería objetivo. Como me han hecho sujeto soy subjetivo”
José Bergamín

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 REPRESENTACIONES SOCIALES: ASPECTOS TEORICOS

En 1961, apareció por primera vez el concepto de representaciones sociales con la publicación del libro: *El psicoanálisis, su imagen y su público* de Serge Moscovici (1979a). Este término, tal como lo señala Moscovici fue retomado del campo de la Sociología, y más específicamente del trabajo intelectual de Emile Durkheim (1974; en Mora, 2002). No obstante, la teoría de las representaciones sociales es una teoría en desarrollo y debate permanente.

A pesar de haber transcurrido más de cuarenta años desde su primera formulación, el debate teórico, las investigaciones empíricas y la integración de planteamientos de orden interdisciplinario son indicadores de su evolución y su actualidad (Rodríguez, 2003).

2.1.1 El concepto

Son varios los conceptos que tratan de definir las representaciones sociales. Esto ocurre porque las representaciones sociales son fáciles de captar, pero su definición conceptual no comparte la misma facilidad debido a la complejidad de los fenómenos que estudia (Moscovici 1979b). Por consiguiente, a continuación se hará un despliegue de algunas propuestas:

- ☑ La representación es un cúmulo de conocimiento organizado y unas de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambio y liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979a).

- ☑ Las representaciones sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desarrollada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen (Jodelet, 1984, en Moscovici, 1986).

- ☑ Formas del sentido común propio a las sociedades modernas bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación de masas (Banchs, 1986; en Araya, 2002).

- ☑ Las representaciones sociales, en particular, son las cogniciones o esquemas cognitivos complejos generados por la colectividad que permiten la comunicación y que sirven para orientar la interacción (Páez, 1987; en Araya, 2002).

- ☑ Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos del mundo y de su historia individual y grupal (Farr, 1983, en Mora, 2002).

- ☑ Para Ayesterán, De la Rosa y Páez (1987 en Osnaya, 2004) Las representaciones sociales es una estructura cognitiva-afectiva construida y compartida por la colectividad, fusionando lo conocido y percibido, a partir del conocimiento previo, generando una nueva forma de pensamiento, que le sirve para procesar y organizar la información, permitiéndole la comunicación, la asunción de conductas y la interacción. Además agregan, las representaciones sociales tienen un carácter autónomo y creativo, por lo que las consideran una nueva forma de pensamiento social.

Como puede observarse, existen diferentes énfasis según sea la posición del autor o los autores. Sin embargo, las anteriores definiciones comparten, la referencia de las funciones que cumplen las representaciones sociales: Su importancia por la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales. En este sentido el concepto o definición por el que se decida tendrá que ver con las necesidades del investigador o interesado en su estudio.

2.1.2 ¿Qué son las representaciones sociales?

“Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además los evalúan, es porque tienen una representación social del objeto” (Araya, 2002, 11)

La representación social puede considerarse como la teoría mediante la que personas y grupos obtienen una lectura de la realidad y además, toman una determinada posición respecto a ella.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. La representación social lo es de algo y de alguien, en ese sentido es una interpretación del sujeto inserto en un contexto determinado y constituye una simbolización del objeto representado (Ibáñez, 1988; en Araya, 2002).

Éstas, se muestran bajo formas variadas, más o menos complejas, Por ejemplo como:

- ◇ Imágenes: que condensan un conjunto de significados.
- ◇ Sistemas de referencia: que nos permite interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado.
- ◇ Categorías: que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver.
- ◇ Teorías: que permiten establecer hechos sobre eventos.

Así pues, la noción de las representaciones sociales nos sitúa en el punto donde se unen lo psicológico y lo social. Por tanto, hablar de representaciones sociales, como bien lo define Jodelet es referirse a cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras es hablar del conocimiento del sentido común o pensamiento natural; que en otros términos se trata de un conocimiento práctico (Moscovici, 1993; en Osnaya, 2004)

Una vez descritas, una interrogante a responder sería ¿Cómo se componen las representaciones sociales? O lo que sería igual ¿Qué elementos la conforman?

2.1.3 Elementos de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se definen por un **contenido**: información, imágenes, opiniones, actitudes, etcétera. Y a su vez, este contenido se relaciona con un **objeto**: un trabajo a realizar, un acontecimiento económico, religioso o político, un personaje social, etcétera. (Osnaya, 2004) En este sentido las representaciones sociales mantienen una relación de simbolización e interpretación con los objetos, los cuales resultan de la actividad constructora de la realidad (simbolización) y también de una actividad expresiva (interpretación). Hablar de representaciones sociales será referirse siempre a algo o a alguien.

A pesar de ello Guerrero (2000; en Quiroz, 2004) menciona que no todo objeto o tema social puede considerarse como objeto de representación; para hacerlo deben cumplirse como mínimo dos condiciones:

- ◆ La primera es que dicho objeto debe aparecer en las conversaciones, en el habla cotidiana; pero también debe aparecer y estar presente en los medios de comunicación.
- ◆ La segunda es que dicho objeto debe hacer referencia a los valores.

Lo anterior es reforzado con el comentario de Robert Farr (1984; en Araya, 2002), quien señala que: Las representaciones sociales aparecen (desde una perspectiva esquemática) cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación.

2.1.4 Formación de las representaciones sociales

Moscovici (1979b) indica que las representaciones sociales nacen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador el hecho de *surgir en momentos de crisis y conflictos*. De manera afín, Tajfel (1981, en Breakwell, 1993) propone que las representaciones sociales responden a tres necesidades:

- a) Clasificar y entender acontecimientos complejos y dolorosos.
- b) Justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos.
- c) Para diferenciar un grupo respecto de los demás existentes, en momentos en que pareciera desvanecerse esa distinción.

La base que permite la aparición del proceso de formación de una representación son: La dispersión de la información, el grado de focalización y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido. Éstas en voz de Moscovici (1979b) son nombradas como las tres condiciones de emergencia. Mismas que al conjugarse en mayor o menor grado hacen posible la génesis del esquema de la representación.

- 1º. Dispersión de la información: La información que se tiene nunca es suficiente y por lo regular está desorganizada. En este sentido, los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente a la vez insuficientes y superabundantes. Es decir, nunca se posee toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social que resulte relevante.

2º. Focalización: Una persona o una colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. Aparecen como fenómenos a los que se deben mirar detenidamente.

3º. Presión a la inferencia: Socialmente se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que están focalizados por el interés público. Esto significa que la vida cotidiana, las circunstancias y las relaciones sociales exigen del individuo o del grupo social que sean capaces, en todo momento, de estar en situación de responder.

2.1.5 Dimensiones de las representaciones

Las representaciones sociales como forma de conocimiento aluden a un *proceso* y a un *contenido*. Como *proceso* las representaciones sociales refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos. Y por *contenido*, a una forma particular de conocimiento que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones (Moscovici, 1979; en Araya, 2002):

- La información: Se refiere a un cuerpo de conocimiento organizado que tiene una persona o grupo social sobre un objeto o situación social determinada (Gutiérrez, 1998).
- El campo de representación: Se refiere a la ordenación y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación social. Se trata concretamente del tipo de organización interna que adopta esos elementos cuando quedan integrados en la representación.

En suma, constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social (Araya, 2002).

- La actitud: Es la orientación global de la conducta de las personas (positiva o negativa, favorable o desfavorable) en relación al objeto de representación social.

La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros dos elementos no estén. Es decir, una persona o un grupo pueden tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular (Araya, 2002; Gutiérrez, 1998).

En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici (1979b), forman un conjunto que sólo puede dividirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual.

2.1.6 Funciones de las representaciones sociales

Moscovici y Hewstone (1986; en Gutiérrez, 1998) mencionan que las representaciones sociales tienen por misión: Primero *describir*, luego *clasificar* y por último *explicar*. Lo que se podría tomar como las funciones básicas de las mismas.

Por otra parte Sandoval (1997; en Araya, 2002) señala que las representaciones sociales tienen cuatro funciones:

- ✧ La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- ✧ La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.
- ✧ La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- ✧ La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

De igual forma, se le atribuye a las representaciones sociales básicamente dos funciones con relación a las prácticas: Sirven para *orientar o guiar la acción*, pero también cumplen un *papel de justificación de conocimientos y prácticas*. De este modo se afirma que si bien las personas actúan de acuerdo con sus representaciones, también las personas cambian sus representaciones en función de sus comportamientos y prácticas (Rodríguez, 2003).

Por último citaremos a Robert Farr (1984; en Araya, 2002), quien menciona que las representaciones sociales tienen una doble función: “Hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible”. Permitiéndonos tener categorías y clasificar nuestra realidad sin que nada insólito o desconocido se vuelva amenazante.

2.1.7 Procesos de las representaciones sociales

Según Jodelet (1984; en Moscovici, 1986) la objetivación y el anclaje corresponden a dos procesos que se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social, éstos muestran la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales; poniendo de manifiesto cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social.

a) Objetivación: Lo social en la representación

La objetivación: se refiere a la transformación de conceptos abstractos, extraños en experiencias o materializaciones concretas (Araya, 2002).

El proceso implica a su vez tres fases (Jodelet, 1984, en Moscovici, 1986):

- ◆ La construcción selectiva: es decir, la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos. Se retiene solo aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas.

- ◆ El esquema figurativo: El discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Éstas imágenes estructuradas es lo que Moscovici ha denominado núcleo figurativo, o sea, una imagen nuclear concreta, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se

trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que le permite a la persona conversar y también comprender de forma más sencillas las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural. Un ejemplo de ello sería la frase: “Y Dios creo al hombre a su imagen y semejanza”. Esta expresión no es sólo una explicación religiosa sobre el origen del hombre, sino también una forma que permite disponer de una imagen de Dios, materializar la entidad abstracta en una figura concreta. A ello se debe agregar que con dicha expresión el rostro femenino de Dios es de difícil representación para sus creyentes, quienes en esencia vinculan su representación con un hombre.

◆ La naturalización: La transformación de un concepto en imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido. Sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana.

“Objetivizar es reabsorber un exceso de significados materializándolos” (Moscovici, 1986). Así la objetivación reconstruye el objeto entre lo que nos es familiar para poder controlarlo.

b) Anclaje: La representación en lo social

El proceso del anclaje, al igual que el de objetivación, permite transformar lo que es extraño en familiar. Sin embargo, este proceso actúa en una dirección diferente al de objetivación. Si lo propio de la objetivación es reducir la incertidumbre ante los objetos operando una transformación

simbólica e imaginaria entre ellos, el proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones (Moscovici, 1985) por medio de dos modalidades:

- I. Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente.
- II. Instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Si bien el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, hay que considerar que las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las diversas inserciones sociales. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, éste se mostrará más receptivo.

Los procesos antes mencionados, son los mecanismos a través de los cuales se forman las representaciones sociales y sirven para la definición de los grupos sociales que a la vez guían su acción.

2.1.8 El estudio de las representaciones sociales

La primera cuestión por resolver para estudiar las representaciones sociales es tener en cuenta su posición epistemológica, así como sus diversas formas de abordaje o de apropiación de los contenidos teóricos. De ahí la importancia de identificar los diferentes supuestos.

En la literatura teórica, se encuentran algunas definiciones que distinguen dos enfoques desde los cuales han sido abordadas las

representaciones sociales: El *procesual* y el *estructural*. Para la comprensión de estos dos enfoques es preciso mencionar que las representaciones son pensamiento constituyente (procesos) y a la vez constituido (productos o contenidos).

El enfoque que se centra en el aspecto constituyente es el procesual y por ende el estructural se centra en el constituido.

El enfoque procesual sostiene una aproximación conceptual socioconstructivista, de acuerdo a la cual el objeto de estudio de la teoría de las representaciones es el proceso de elaboración en el espacio social interactivo. El énfasis aquí se coloca en el proceso social y no en los procesos cognitivos individuales. El enfoque estructural, en cambio, pone su foco sobre la organización de los contenidos de las representaciones y el objeto de investigación se define respecto a esas estructuras y sus múltiples relaciones (Villarroel, 2007).

En resumen las y los investigadores que trabajan bajo la perspectiva procesual estudian las representaciones a partir de los procesos sociales que constituyen o conforman sus contenidos, mientras que la escuela estructural se inclina por la investigación de los procesos cognitivos que organizan y estructuran dichos contenidos. Cabe aclarar que ambos enfoques estudian procesos y contenidos sólo que persiguen objetivos diferentes de untado se procura comprender la forma en que una representación se social se constituye, se produce del otro, se procura comprender las funciones, dimensiones y componentes de una representación.

Por lo descrito anteriormente, la pregunta a responder es: ¿Qué línea seguir para el estudio de las representaciones sociales?

2.1.8.1 Las escuelas

De acuerdo con Pereira de Sá (1998, en Banchs, 2000) existen tres líneas de investigación sobre las representaciones sociales que se han ido perfilando de manera cada vez más clara a lo largo del tiempo:

- I. Escuela clásica: Desarrollada por Dense Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta por Moscovici. El énfasis está más en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones.
- II. Escuela de Aix-en Provence: Esta escuela es desarrollada desde 1976 por Jean Claude Abric y está centrada en los procesos cognitivos. Se le conoce como el enfoque estructural de las representaciones sociales.
- III. Escuela de Ginebra: El máximo exponente es Willem Doise. Es conocida como la escuela sociológica pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.

Haciendo análisis de lo leído en los párrafos superiores, dar respuesta se hace simple; las representaciones sociales se estudian bajo el estilo propio de cada investigador y de lo que busque con su trabajo.

Particularmente en este estudio se optará por retomar el enfoque estructuralista, es decir por sumergirse a la teoría del núcleo central y con ella procurar explicar el fenómeno planteado.

Como ya se ha hecho mención, la *teoría del núcleo central* fue propuesta por Jean Claude Abric. Esta teoría parte de la noción de que las representaciones sociales están conformadas por una variedad de elementos que son interdependientes y están organizados jerárquicamente alrededor de un núcleo central (Abric, 1984; en Duque, 2002).

Una representación social bajo esta teoría se organiza en dos sistemas el **central** y otro **Periférico**.

Abric (1994), plantea que el **núcleo central** (o núcleo estructurante, o esquemas figurativos) es el elemento más estable que garantiza la perennidad en contextos móviles y evolutivos que, además, tiene una doble función:

a) *Una función generadora*: que es el elemento mediante el cual se crea, al transformar la significación de los otros elementos constitutivos de la representación y es por su conducto que esos elementos toman un sentido, un valor.

b) *Una función organizadora*: Es el núcleo central el que determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos los elementos de la representación, es en este sentido, el elemento unificador y estabilizador de la representación.

A su vez, el núcleo central está constituido por uno o varios elementos que en la estructura de la representación ocupan una posición privilegiada: son ellos los que dan una significación a la representación. Es determinado en parte por la naturaleza del objeto representado; por otra parte por la relación del sujeto o el grupo mantiene con dicho objeto, y finalmente por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo. Por ello según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación, el núcleo central puede tener dos dimensiones:

-*Una dimensión funcional*: Donde se privilegian los elementos más importantes para la realización de la tarea. Por ejemplo, el estudio del entorno urbano de Lynch (1969, en Abric, 1994) subraya como la representación de la ciudad está organizada alrededor de algunos

elementos centrales: los que son esenciales para el señalamiento y el traslado urbano.

-Una dimensión normativa: En todas las situaciones en que intervienen directamente dimensiones socioafectivas, sociales o ideológicas. En este tipo de situaciones, se puede pensar que una norma, un estereotipo, una actitud fuertemente marcada estarán en el centro de la representación. Por ejemplo, en el estudio de la representación social del dinero efectuada por Vergés (1992; en Abric, 1994) esta se organizó para algunos grupos alrededor de una visión moral de la economía, asociada a juicios sobre la ética, y valores morales relacionados con la calidad de vida.

La formación de este núcleo central surge del proceso de objetivación pues permite, dice Moscovici (en Osnaya, 2004) “la mutación de lo abstracto, su impregnación por los elementos y ornamentales, individualizan un momento importante de la objetivación: aquel en el cual el edificio teórico es esquematizado. Cumpliéndose así tres funciones: a) ser un punto común entre el objeto y su representación, b) En él se realiza el cambio de lo indirecto, la representación se convierte en la traducción inmediata de lo real y finalmente c) el modelo asocia los elementos indicados en una serie autónoma, con una dinámica propia: la del conflicto entre lo implícito y lo explícito, lo interno y lo externo”.

Por su parte, los **elementos periféricos** se organizan alrededor del núcleo central, están en relación directa con él, es decir; que su presencia, su ponderación, su valor y su función están determinados por el núcleo. Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Estos elementos están

jerarquizados, es decir, que pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales: Próximos al núcleo desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación, más distante de él ilustran, aclaran, justifican esta significación (Abric, 1994).

Y a diferencia del núcleo central el sistema periférico es flexible y permite la adaptación a la realidad concreta y tolera variaciones individuales (Sa, 1996; en Duque, 2001).

Ahora, si como lo pensamos, los elementos centrales constituyen la clave de bóveda de la representación, los elementos periféricos desempeñan también un papel esencial en la representación. En efecto constituyen la interfase entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora la representación respondiendo a tres funciones esenciales:

-Función de concreción: Se refiere a la vivencia vivida del sujeto, constituyéndose de elementos propios del contexto, por lo que resulta del anclaje de la representación en la realidad, siendo fácilmente recuperables y transmisibles en su dinámica interna.

-Función reguladora: Le permite a la representación adaptarse a las nuevas circunstancias de cambio que le exija el contexto, permitiendo la integración de nuevos elementos del entorno.

-Función de defensa: Es en el sistema Periférico en donde las contradicciones pueden ser diluidas o resueltas para evitar la transformación profunda de la representación.

En resumen, se observa que las representaciones dentro de esta explicación teórica, están regidas por un sistema doble; un sistema central (núcleo central) y un sistema periférico. El primero surgido de las condiciones

históricas, sociales e ideológicas y directamente asociado a las normas y valores de los individuos y grupos en su sistema social dado. El segundo, está mas asociado a las particularidades individuales y al contexto inmediato al que están inmersas.

Cabe aclarar y remarcar que el funcionamiento de estos dos sistemas no se da de manera separada y ajena, tampoco en un nivel de jerarquía de mayor o menor importancia, sino que existe una mutua determinación y enriquecimiento; y la existencia de uno (sistema central) permite la funcionalidad del otro (sistema periférico) y viceversa constituyendo así una unidad orgánica y en permanente movimiento y transformación.

Antes de proseguir en la explicación y ubicación de las representaciones sociales para el entendimiento del proceso salud/enfermedad se hace necesario abordar la situación de la mujer como grupo social y su identidad.

2.2 LA IDENTIDAD INCLUIDA EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

La identidad en una teoría de actores sociales como lo es la teoría de las representaciones sociales es un elemento esencial que se concibe como el lado subjetivo cultura considerada bajo el ángulo de su función distintiva (Giménez, 1997).

Al encontrar dentro de la sociedad gremios claramente identificados como lo son el femenino y el masculino (por mencionar algunos) nos habla de la existencia de la identidad de pertenencia donde el género en este caso específico sería la categoría social que a través de la historia se ha hecho acompañar de los roles que asignados a cada grupo logra la distingibilidad uno del otro y por ende la identidad.

En particular dentro de nuestra cultura (mexicana) las mujeres han sido regidas bajos dos ejes:

♀ Ser cuerpo para otros

Por su condición histórica las mujeres han sido consideradas cuerpo-naturaleza y propiedad de otros. Franca Basagli (en Sayayedra, 1996) sostiene que la sexualidad que define a la mujer no le pertenece, le ha sido expropiada.

Al ser considerada cuerpo para otros, su subjetividad a sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad especialmente para los demás, con la función específica de la reproducción. De esta forma el hecho de ser cuerpo femenino no puede existir para la mujer como acto autónomo propio, ni como fuente de placer y vitalidad o como expresión de sensualidad. Lo anterior conlleva que al *ser cuerpo para otros*, la mujer sea sometida a la opresión y control produciéndose así una inequidad, impidiéndole ser considerada como ciudadana o trabajadora y por ende como sujeto histórico-social ya que su valoración está entretejida en el desempeño como madre, esposa y ama de casa, es decir siempre para los demás.

♀ Estar sujetas al poder patriarcal

El patriarcado es un orden social caracterizado por las relaciones de dominación y opresión establecidas por unos hombres sobre otros y sobre todas las mujeres y criaturas (Moia, 1993; en Rosas, 1996). En una sociedad patriarcal como lo es la nuestra las mujeres realizan actividades fundamentales para la reproducción de la sociedad a través de la filialidad, de la conyugalidad y de la maternidad. Por tanto, el trabajo de las mujeres se vuelve parte fundamental en el proceso de la reproducción de la vida cotidiana, sin embargo se le da menos valor porque se le considera una

extensión más de su trabajo doméstico y de sus atribuciones genéricas teniendo como consecuencia que su trabajo no sea remunerado y se invisibilice al ser reconocido como natural e innato a su condición femenina. De esta manera se explota, monopoliza y expropia a la mujer y su trabajo (Rosas, 1996).

Debido a estas posturas regentes (ser cuerpo para otros y estar bajo el dominio del poder patriarcal) en nuestra cultura las mujeres continúan enfrentando dificultades ubicándolas en situaciones desventajosas para insertarse y desarrollarse en las diversas esferas sociales. Por ejemplo, en el acceso a los recursos económicos (trabajo fuera de casa), y la toma de decisiones (en específico las referidas a su cuerpo y salud). Con este panorama queda explícito el acontecer social (global) de las mujeres en nuestro entorno y da la pauta para buscar el entendimiento a los sucesos que la limitan concretamente en el ámbito de la salud. Por tal motivo se proseguirá desglosando el proceso salud/enfermedad con la óptica de la teoría de las representaciones sociales.

2.3 REPRESENTACIONES SOCIALES Y PROCESO SALUD/ENFERMEDAD TRES ELEMENTOS PRESENTES

Durante muchas décadas la influencia del modelo unitario (en específico el médico) para definir y explicar a la salud, trajo consigo que al correr de los años surgieran nuevas “formas de enfermar,” debido a que se marginaban los factores psicológicos y sociales en la prevención, desarrollo y tratamiento de las enfermedades (Bravo, 2001).

Hoy en día se entiende que la enfermedad y la salud no tienen una raíz puramente orgánica, y que las causas por los que se adquieren se encuentran entremezcladas con numerosos factores (Nieto, Abad, Esteban y Tejerina

2004). Convirtiéndolos y concibiéndolos en un proceso dinámico y continuum (Ryan y Travis, 1981; en Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Ante este hecho, la salud y la enfermedad se consideran construcciones sociales. La salud está determinada por factores sociales estructurales que tienen que ver con la distribución de recursos, con la ocupación, la clase social, género, entre otros, todo lo cual está mediado por normas culturales (Morales, 1999). Por tanto, la percepción de los estados corporales y su interpretación estará influenciada por la cosmovisión de cada grupo social. Por ejemplo, una cultura que considere que el dolor es inevitable tendrá una actitud de resignación ante el mismo (recordemos la sentencia bíblica “con dolor parirás a tus hijos”). A diferencia de otra que tenga una posición diferente ante el dolor, lo cual nos lleva a pensar que producirá otro tipo de conductas.

Además, debido a que existen grados tanto de salud como de enfermedad, los términos no pueden ser considerados como independientes.

Bajo esta perspectiva, Polaino (1987; en Buela, et al., 1996) se plantea considerar los factores que influyen en el mantenimiento o no de la salud. De lo cual surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son?

De manera general se manifiesta que los factores involucrados pueden ser de tres tipos: biológicos, psicológicos y sociales. A lo cual surge una nueva interrogante: ¿Están siempre presentes en el desarrollo de las enfermedades?

Si bien es cierto que los riesgos para la salud están en el ambiente social, también el comportamiento de las personas favorece, directa o indirectamente, la exposición a riesgos elevados de enfermar o morir, por ello, se hace necesario analizar los factores que determinan las prácticas de salud y de esta forma poder conocer, por un lado, la variabilidad intra e interindividual de los comportamientos humanos y por otro, las estructuras

sociales causantes de riesgos; lo que en otras palabras sería: atender y visualizar la interacción de los factores internos o personales (actitudes, creencias, valores, locus de control, autoestima, etc) y los externos o ambientales (clima, situación geográfica, calidad ambiental, estatus socioeconómico, grupo de referencia, etc) según la enfermedad a estudiar.

Por tanto, la respuesta a nuestra interrogante sería: sí, los factores personales y ambientales se encuentran presentes siempre, la diferencia es la interacción de estos y la preponderancia de cada uno en dicha interacción.

Ahora bien, si el binomio salud/enfermedad se considera construcción social, podríamos hacer una nueva pregunta ¿Cómo se forman las construcciones sociales? Es decir, ¿qué influye en los individuos para concebir al binomio como un constructo social?

Como ya se ha mencionado, los comportamientos del individuo frente a la salud y la enfermedad están determinadas culturalmente y dan contenido y significado a lo que es sano y lo que no lo es. Como ejemplos pueden citarse: el consumo excesivo del alcohol que hoy se considera como una enfermedad cuando hace pocas décadas no se consideraba como tal. O la homosexualidad que en épocas pasadas se pensaba que era una enfermedad mental y hoy se comienza a aceptar como un “estilo de vida” al igual que la heterosexualidad.

Por tal motivo, se define a la cultura como un factor determinante en las construcciones sociales, sin olvidar que dentro de ésta existen elementos específicos (individuales y colectivos) que contribuyen en su desarrollo y proyección. Por mencionar algunos, tenemos: las actitudes, las creencias, las emociones, la familia, los valores, la conducta, entre otros. Con ello se entiende que la determinación cultural de cada individuo y su particularidad será el resultado de la concepción creada para explicarse el fenómeno

“binomio salud/enfermedad” y por ende el entendimiento del mismo como construcción social.

En este caso específico, se abordarán los posibles efectos de las creencias, las actitudes y las emociones como variables para el desarrollo de la enfermedad (cáncer cervicouterino) o el cuidado de la salud (prevención). No sin antes hacer una breve revisión sobre los estudios previos en donde las representaciones sociales han sido la guía para las explicaciones y visión de la enfermedad.

2.3.1 Las Representaciones Sociales como eje para el entendimiento en el proceso salud/enfermedad

¿Por qué miles de mujeres y hombres postergan su visita al ginecólogo y al urólogo respectivamente? ¿Por qué las personas no usan preservativos a pesar de las evidencias de su carácter preventivo del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual? ¿Por qué las mujeres víctimas de violencia domestica, esperan (algunas dolorosamente hasta su muerte) la conversión del agresor? ¿Cuál es la representación social del amor, cuerpo, sexualidad o violencia que está acompañando a estas prácticas?

Realizar estudios acerca de la representación de un objeto social (llámese VIH/SIDA, relaciones sobre hombres o mujeres o conductas preventivas) permite reconocer los modos y procesos de construcción del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además permite aproximarse a la “visión del mundo” que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

Por tal motivo, abordar a las representaciones sociales posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes

de las prácticas sociales, pues como comenta Abric (1994; en Araya, 2002), la representación, el discurso y las prácticas se generan mutuamente.

De lo anterior se derivan los siguientes párrafos donde se exponen con brevedad algunos de los estudios realizados sobre las representaciones sociales y el exámen de detección oportuna (Pap) así como del proceso salud/enfermedad:

Ψ La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones realizado por Wiesner, Vejarano, Caicedo, Tovar y Cendales en el 2006, tuvo como objetivo presentar las representaciones sociales de la citología así como las barreras y las motivaciones, como punto de partida, para adecuar los servicios de prevención en un municipio de Colombia. En el presente estudio de corte cualitativo de tipo fenomenológico, como lo describen sus autores, fue utilizada la técnica de grupos focales y talleres de validación. Obteniendo lo siguiente:

La citología se asocia con la idea de infecciones, pre-cáncer y prevención de cáncer. Se identificaron barreras culturales, desinformación por pares, ausencia de redes sociales y, particularmente, mala calidad de algunos servicios de salud del sector público. Así mismo se encontró que: no todas las mujeres mayores de treinta y cinco años, se realizan la citología a pesar de conocer su utilidad. Algunos de los comentarios fueron: *"Pues yo creo que no la necesitaba no, porque yo no tenía relaciones, me mantenía sola, pendiente de mis hijos, y pues nunca me enfermaba de nada"*.

Además se identifico que el núcleo figurativo de la representación de la 'citología' centrado en la matriz y en el cáncer, proviene del discurso científico difundido desde hace varias décadas en las campañas de prevención y de una red de comunicaciones provenientes de familiares, vecinas o allegadas, que convierten el exámen en una temática presente en la comunidad. Esta

simbiosis de fuentes de referencia configura un complejo campo de intersección entre contenidos puramente racionales, presupuestos valorativos y trasfondos emocionales, dado que se trata de una problemática asociada con la muerte y con diversos aspectos de la intimidad sexual.

También se evidenció que las barreras culturales se involucran en la toma de la citología, esto se refleja cuando las mujeres actúan priorizando lo urgente (el cuidado de los demás, de la casa, y del trabajo) en lugar de lo importante, como podría ser el autocuidado de la salud, ejemplo de ello es la siguiente frase: *“no me ha quedado tiempo porque he estado con la niña...”*

Por otra parte, se encontró que El tabú hacia la sexualidad, refuerza los sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la exposición de las partes íntimas. La siguiente frase lo describe: *“Pues a mi me da pena, a mi siempre me ha dado pena, porque uno tiene que dejarse, uno bajarse la ropa interior, tiene que mirarme, uno sus partes íntimas, entonces, a mi me pasa eso...”* De igual forma la información que reciben las mujeres del vecindario acerca de la citología como un exámen doloroso o traumático es un obstáculo para su realización. Una de ellas comentó: *“Pues uno habla con las personas, siempre uno tiende a recibir todo lo malo que lo bueno (...), no, eso duele, que eso le cortan, le sacan un pedazo de la matriz, entonces uno lleva ya una imagen en la mente y cuando llega allá, me va a doler, me va a doler y, pues claro.”; “salían las otras señoras que habían entrado primero, que contaban, que eso duele, que yo salí sangrando”.*

Por último, dentro de la investigación se encontró los siguientes factores como obstaculizantes

- a) Los contenidos provenientes de la información médica, no siempre llevan a la práctica de la citología por el temor generado ante una experiencia desagradable relatada por un par.

- b) La pareja se puede convertir en un obstáculo para la toma de la citología. Según las mujeres, algunos hombres desconfían de su pareja, al considerar que en lugar de ir al médico la mujer se dirige a otro lugar, o cuando cree que la toma de citología implica el “manoseo” a la mujer por parte del médico. El siguiente relato lo expresa: *“Eso era pelea, cuando yo iba donde el médico él decía que yo no iba para donde el médico, sino para donde el mozo(...)”*.

- c) Las familias de las jóvenes o de las mujeres solteras se constituyen en una barrera para la toma por cuanto implica reconocer el inicio de la vida sexual frente a los padres; una situación similar ocurre con maestros y compañeros de colegio.

Ψ Representaciones Sociales de la Salud y el Cáncer

Cervicouterino: Trabajo de corte cualitativo realizado por Rodríguez (2004), en la ciudad de Colima. Utilizando la técnica de grupos de discusión el estudio tuvo como objetivo principal conocer las representaciones sociales de las mujeres colimenses (entre los 35-45 años) respecto al binomio salud/enfermedad. Los resultados apuntaron hacia la identificación de tres concepciones sobre dichas representaciones sociales: Cuidado/Descuido, Equilibrio/Desequilibrio y Totalidad/Desequilibrio. Donde a la par, el cáncer cervicouterino fue relacionado con la dualidad vida y muerte, y a su vez considerado como un problema social, cultural y educativo por la no prevención, misma que se vio menoscabada en palabras de las participantes por factores como: los tabúes sobre la sexualidad, la religión, la ignorancia, el miedo y la vergüenza hacia la realización del Pap, la flojera, la desinformación acerca del estudio, la falta de comunicación con los padres y médicos, falta de modelos a seguir, la prohibición de la pareja y poca participación de ella en los tratamientos, la educación recibida, la falta de capacitación de los profesionales de la salud y la desigualdad económica.

Ψ Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: Investigación realizada por Aranda en el 2005, cuyo objetivo principal fue describir y analizar los saberes de mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, acerca del papanicolaou y del cáncer cervical, así como analizar sus posibles vínculos con la misma práctica institucional con la que se encuentran en los servicios médicos de primer nivel de atención del instituto.

Las bases teóricas de las cuales partió fue de la antropología médica de Méndez (1990; en Aranda, 2005) del cual se retoma la categoría de saberes entendida como un nivel de abstracción mayor que a su vez comprende las nociones de las representaciones sociales y prácticas, así como de la relación entre ambas.

El abordaje metodológico tuvo como eje al trabajo etnográfico que inicio con la observación de las prácticas de las mujeres y del personal paramédico que implementa el programa de Detección Oportuna (DOC) y continuó con la reconstrucción de las representaciones de las informantes, sobre su práctica del papanicolaou.

Cuando se habla del saber de la mujeres sobre la detección oportuna del cáncer cervical, no se refiere exclusivamente a la información biomédica que puedan o no tener las mujeres. Por ello el estudio realizado es definido como complejo, por referirse a la búsqueda del sentido y significado que adquiere esta práctica para las mujeres de una sociedad y cultura. En las explicaciones sobre sus prácticas, las mujeres hicieron referencia a dificultades que pertenecen al ámbito social y cultural, así como a los apoyos que tiene para acudir al servicio médico, entre los que se encuentran sus redes de apoyo social (familiares o amistades).

Por otra parte los resultados del estudio arrojaron que:

La totalidad de las mujeres que participaron, conocen la existencia de la prueba, principalmente por los servicios médicos (IMSS Y SSA), en donde se destaca que el trabajo de promoción de las instituciones de salud suele ser la primera importancia para que las mujeres inicien sus practicas de DOC, sin embargo, también se identificó que lo hicieron cuándo algún integrante de sus redes familiares habló al respecto con ellas al iniciar su vida de pareja.

En lo referido a la relación entre la prueba y el cáncer se obtuvo lo siguiente: La representación de la prueba de detección oportuna, está impregnada de temores que genera la representación del cáncer, pues se relaciona directamente con la muerte. Además del temor al diagnostico y al tratamiento, las representaciones sobre el procedimiento del papanicolaou incluye la descripción del miedo a los resultados, al dolor de ser lastimadas y la vergüenza o el pudor a mostrar partes del cuerpo, lo que tiene una connotación sociocultural de intimidad, este aspecto (la vergüenza de mostrar su cuerpo) fue un factor importante para aplazar la práctica del exámen de detección oportuna (Pap). Otras dificultades por las que se pospone el Pap son: condiciones de vida (cuidado de los hijos y pocas redes de apoyo) y las instituciones, por los problemas que corresponden a las condiciones y operatividad del programa DOC (falta de un espacio adecuado que propicie la privacidad que se necesita para la prueba, personal con las habilidades técnicas para tomar la muestra, y además que proporcione confianza, una relación de respeto y calidez durante la prueba, así como el que otorgue información detallada sobre la prueba, los posibles resultados y tratamientos, de igual forma se considera importante que quienes tomen las muestras sean mujeres).

Observando los resultados generales que arrojaron éstas investigaciones, es posible identificar que las representaciones sociales en este caso de la enfermedad (cáncer cervicouterino) y de la forma de prevención como lo sería el exámen de detección oportuna, tiene que ver con estructuras individuales y socioculturales como bien se mencionaba al principio de este apartado en donde se define al binomio salud/enfermedad como una construcción social, por el hecho de enmarcar aspectos de índole personal (actitudes, creencias, valores, por mencionar algunos) y externos (grupo de referencia, estatus socioeconómico ,entre otros), los cuales sirven para dar las explicaciones a los eventos (salud o enfermedad). En este sentido al hablar de representaciones sociales y del binomio se debe tener en cuenta la interacción del individuo y la sociedad, sin olvidar a la cultura o medio en donde se desarrollen las personas y todo lo que los pueda conformar y en ello se manifieste. Aludiendo a esto nombraremos y retomaremos la propuesta de Álvarez (2002), quien al realizar un estudio transcultural en México y el País Vasco, acerca de las creencias sobre la salud y la enfermedad, reflexiona en aspectos de carácter más sociales, sin olvidar al resto de los componentes. Construyendo para este fin un esquema¹ que sirve de referencia para visualizar los elementos que se consideran relevantes en la construcción de las representaciones de la salud y la enfermedad. Siendo estos:

- I. Una actitud ante la enfermedad, entendiendo actitud como la tendencia valorativa – evaluativa (agrado – desagrado) que las personas adoptan ante este tipo de hechos.

- II. Una respuesta emocional ante la enfermedad o las diversas emociones que le puede suscitar el proceso.

¹ Ver figura 2

- III. Una atribución causal de la salud y la enfermedad, es decir la forma específica en que la persona se explica a sí misma y a los demás este suceso.
- IV. Estereotipo de la persona enferma, que serían las características que los individuos atribuyen a la persona enferma.
- V. Una forma de controlar la enfermedad, que serían las estrategias cotidianas que utilizan las personas para evitar y resolver la enfermedad
- VI. Una forma de afrontar la enfermedad, que serían las estrategias específicas que utilizan las personas para resolver una situación concreta de crisis a la enfermedad.

Para ello se debe de tener presente que toda representación de la salud y la enfermedad está inmersa en un contexto social determinado. Así como también que algunas características de la persona, como pueden ser su sexo, edad, ocupación y hábitos ante la salud y la enfermedad (como son la dieta, el ejercicio, la ingestión de medicamentos, etcétera) pueden influir en la representación

Además de los elementos ya mencionados, añade a su esquema la variable de los valores, con el fin de conocer si existe alguna asociación con los valores convencionales que consideran que las personas son responsables de sus actos y que por tanto sus éxitos o fracasos son reflejo de sus valores y de la intensidad de sus esfuerzos (Moscovici, 1988; en Álvarez, 2002)

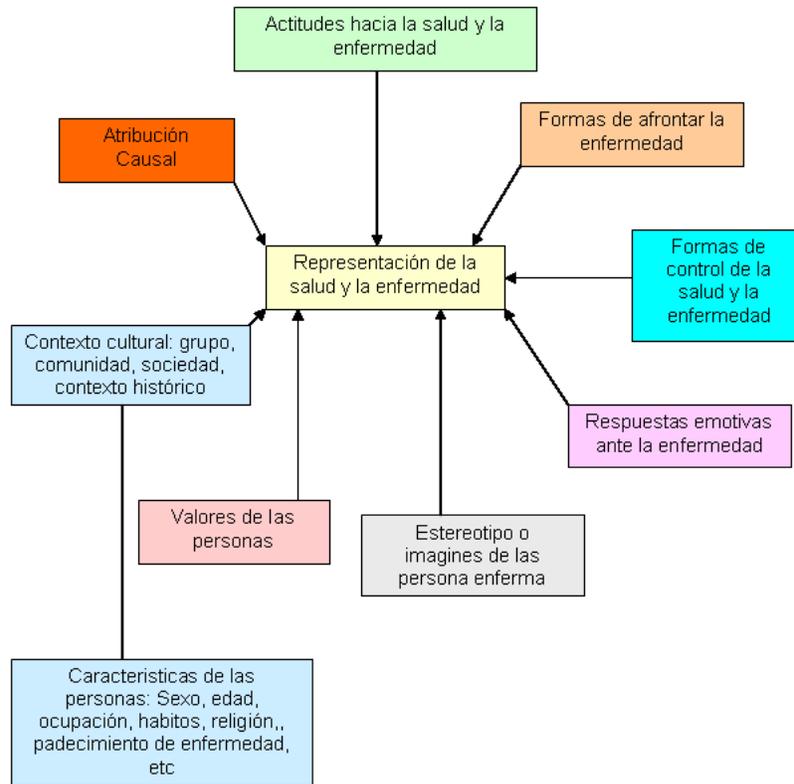


Figura 2. Esquema realizado por el Dr. Javier Álvarez Bermúdez en su estudio de creencias sobre salud y enfermedad

Revisando el esquema y comparando los resultados obtenidos en las investigaciones antes mencionadas, es posible distinguir que: tres o cuatro de estos elementos se encuentran presentes y son compartidos (las actitudes, las respuestas emocionales, las conductas y el aspecto causal o explicaciones).

Ante este hecho y recordando la inquietud de esta investigación, lo lógico es que deseemos conocer las variables de estudio que sin duda se ven involucradas en el proceso de construcción de las representaciones sociales, como bien lo describe el esquema de Álvarez, por tal motivo iniciaremos por preguntarnos: ¿Qué son las actitudes?

2.3.2 Las actitudes

Son una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder de alguna manera preferencial (Rokeach, 1996; en Oblitas y Becoña 2000). De acuerdo a este planteamiento, deben entenderse como una asociación o juicio que se establece entre un determinado objeto y una evaluación que hacemos del mismo, donde el objeto puede ser una situación social determinada, un conjunto de personas o algún problema que, por separado o en unidad, despierta una evaluación, esto es, un afecto, una emoción, una creencia o un recuerdo de los individuos que forman parte de algún grupo social (Reboloso y Moya, 1994; en Quiroz, 2004).

2.3.2.1 Elementos de las actitudes

Guibert, Grau, Romero, Prendes y Chacón (2000), mencionan que para que exista una actitud es necesario estén los siguientes elementos:

- I. Un Objeto: Aquello frente a lo cual se reacciona (persona, situación o cosa) que puede ser real o ideal.
- II. Una dirección: Que es el signo de la actitud, que va de la aceptación (+) al rechazo (-); Por ejemplo, El médico puede “caer bien” o “caer mal” a la comunidad
- III. Una intensidad: Fuerza que reviste la actitud, o sea su magnitud. Existen tres niveles: Mínima, media y máxima.

Es importante mencionar que se debe entender la diferencia entre intensidad y dirección y no confundirlas, para ello se cita el siguiente ejemplo: A una persona puede parecerle desagradable (-) que fumen a su lado, pero quizás la intensidad sea mínima, y por tanto, acepte pacientemente que el humo le moleste.

2.3.2.2 Componentes de la actitud

Morales, Reboloso y Moya (1994), comentan que las actitudes se componen por:

- a) El componente cognitivo: Es aquel que se integra de las percepciones, creencias, estereotipos, información e ideas que posee la persona acerca del objeto de actitud.
- b) El componente afectivo: Se refiere a los sentimientos que el objeto genera en la persona o en el grupo
- c) El componente conductual: Está compuesto por las tendencias, las disposiciones, las intenciones y las acciones que se dirigen hacia el propio objeto.

Un ejemplo para entender mejor los componentes, podría ser la actitud hacia el tabaco, donde: El *componente cognitivo* tiene relación con el conocimiento que tiene el sujeto sobre los efectos tan perjudiciales que tiene el tabaco para los fumadores (cáncer de pulmón, problemas respiratorios, menos dinero, problemas con la pareja). *El componente afectivo* se fundamenta en las emociones y sentimientos que experimenta esa persona cada vez que fuma (malestar general, pérdida de dinero, problemas conyugales). Y por último, *el componente conductual* se basa en el comportamiento que realiza el

sujeto como consecuencia de los dos componentes anteriores, en este caso sería dejar de fumar (González. s/f).

2.3.2.3 Funciones de las actitudes

Katz (1960; en Quirzo, 2004) atribuye a las actitudes las cuatro funciones siguientes:

- I. La función del conocimiento: Se basa en la necesidad de comprender, de dar sentido y de dotar de una estructura adecuada al universo. Consiste en reducir la complejidad del medio social y permite que se tenga una percepción más estable, consistente y predecible del propio medio.
- II. La función expresiva de valores, de tendencias y sistemas normativos: Los valores como sistemas integradores de actitudes que son, se aprenden desde la niñez y se van consolidando o modificando conforme al proceso de socialización y éste mismo es el que permite su expresión y su normatividad. Por ejemplo, un sujeto cuyo valor central es la libertad, expresará este valor ante diferentes contextos sociales, un ejemplo sería el manifestarse partidario de iguales salarios entre hombre y mujeres.
- III. La función ego-defensiva: Tiene como objetivo conservar la integridad y la buena imagen de la persona o del grupo de que se trate.
- IV. La función instrumental o utilitaria: Permite a las personas obtener recompensas y minimizar los castigos, así como adquirir asociaciones afectivas mediante la satisfacción de diferentes motivos, despertando así sentimientos favorables o desfavorables al objeto de actitud, lo cual, a su vez, permite a las propias personas identificarse con su o sus

grupos de pertenencia, ajustarse a la situación y quedar perfectamente adaptados.

En suma, la actitud se da a través de la comunicación de información de un determinado objeto entre las personas de los grupos, información, que por otra parte, contiene las creencias de sentido común del grupo respecto al objeto (Diose y Palmonari en Álvarez, 2002).

Bajo esta perspectiva, las actitudes dentro de las representaciones se consideran una forma de organización psicológica - evaluativa en torno a un objeto (llámese ésta enfermedad o exámen de detección oportuna por así decirlo). En este sentido se considera también que las actitudes poseen una doble función hacia el interior de una representación:

1. Regulación: Esto es, al seleccionar y orientar las conductas de respuestas ante los objetos. Lo que permitiría a su vez que las personas expresaran su sistema de valores y normas así como sus emociones.
2. Motivacional: Que es la connotación afectiva respecto a un objeto. Permitiendo así que esta función tenga un beneficio en cadena, ya que a través de la primera puede surgir la adaptación, en la medida que las personas se identifiquen con otras de actitudes similares y a su vez una función auto-protectora en el sentido de que las actitudes ayudan a la resolución de conflictos internos a través del mantenimiento de una imagen positiva de la propia persona (Katz, 1982; en Álvarez, 2002)

Visto así, las actitudes se referirán a determinadas dimensiones de evaluación común que un grupo elabora con respecto a un objeto, que influyen en orientar los comportamientos respecto al objeto, y que si bien existen variaciones interindividuales en el nivel actitudinal, están inmersas y reguladas

por una meta sistema grupal (Doise, et al., 1994, en Álvarez, 2002). Un ejemplo de esto, sería el estudio llevado a cabo por Basabe y Páez (1992; en Álvarez, 2002) sobre el consumo del alcohol por jóvenes, donde se encontró que las personas tienen una actitud más positiva hacia el alcohol, asociándolo a efectos positivos como desinhibición ante el sexo opuesto, euforia, etc, lo cual se asoció con un más alto nivel de consumo.

Ahora, para poder tener en claro la definición anterior, es necesario abordar y describir la otra variable motivadora del comportamiento, las creencias.

2.3.3 Las creencias

Ortega y Gasset (1968; en Fernández, 2006), sostienen que las creencias constituyen la base de nuestra vida, porque son ellas quienes nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. De este modo, refieren que toda nuestra conducta, incluso la intelectual, dependerá de cual sea el sistema de nuestras creencias.

Entonces, cabe preguntarse ¿que son las creencias?

Green, Kreute, Deeds y Partridge (1980; en Oblitas y Becoña 2002), definieron una creencia como una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero. La fe, confianza y la verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia.

Por su parte, “Krench y Crutchfield (s/f; en Quiroz, 2004), complementan la definición y a su vez la diferencian al sostener que: “La creencia es una organización constante de percepciones y cogniciones acerca de algún aspecto del mundo del individuo, y la actitud es una organización constante de

procesos motivacionales, emocionales preceptuales y cognitivos con relación a algún aspecto del mundo del individuo.”

2.3.3.1 Componentes y funciones de las creencias

Con un alcance provisorio y habiendo leído lo expresado por los autores anteriores, se puede decir que las creencias poseen los siguientes tres componentes: Cognitivo, afectivo y contextual. Siendo el componente cognitivo más potente que el afectivo, lo cual le otorga estabilidad y una pieza de adhesión a algo o a alguien de cuyo sentido es difícil dar razón.

En este orden de ideas, se puede sostener que el contenido de una creencia puede cambiar de una sociedad a otra, como también entre los distintos sectores que la componen; debido a que en todas ellas existe un proceso de internalización individual y colectivo que constituye el fundamento justificativo de la acción humana, a pesar de que en ocasiones sea difícil dar cuenta de aquello que se cree (Fernández, 2006). En base a esto pueden surgir clasificaciones como la siguiente:

Fishbein y Ajzen (1975; en Callejo y Vila, 2003) señalan tres tipos de creencias, según su origen:

1. **Creencias descriptivas:** Son las que provienen de la observación directa y sobre todo de la experiencia, del contacto personal con los objetos; estas creencias se mantienen con un alto grado de certeza al ser validadas continuamente por la experiencia y suelen tener un peso importante en las actitudes de los individuos.
2. **Creencias inferenciales:** Son las que tienen su origen en relaciones previamente aprendidas o en el uso de sistemas formales de codificación; en cualquier caso, la base de la creencia inferencial es siempre algún tipo de creencia descriptiva.

3. **Creencias informativas:** Como su nombre indica, provienen de informaciones que proceden del exterior: otras personas, medios de comunicación social, etc.

Lo anterior, denota que la función de las creencias es en efecto, satisfacer la necesidad que tiene el hombre de comprender el sentido de su vida y del mundo que comparte con sus semejantes.

Por ejemplo: En lo referido a la salud, las declaraciones de creencias incluyen frases como: *yo no creo que los medicamentos funcionen; si ésta dieta no le surte efecto, estoy seguro que no funcionará conmigo; el ejercicio no hará diferencia alguna; cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto*. Lo que evidencia que, las creencias; son algo que se acepta como verdad, sin tomar en la mayoría de los casos consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos.

2.3.3.2 elementos de las creencias

Greene y Simona-Morton (1988; en Oblitas y Becoña, 2002) manifiestan que las creencias tienen al menos tres características que las definen como tales:

- Ψ **Primero**, otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que les otorga el que las posee. Por ejemplo, una persona puede manifestar que un susto o una sorpresa es la única responsable de su padecimiento de Diabetes, pero para la mayoría de los profesionales del área de la salud sería totalmente erróneo.
- Ψ **Segunda**, las creencias tienen un elemento cognoscitivo, o lo que la persona sabe o cree saber al respecto.

Ψ **Tercera**, las creencias tienen un componente afectivo, que hace referencia al valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada. Por ejemplo, una madre puede tener dolor abdominal y creer que se cura más rápidamente con antibióticos sin la necesidad de acudir al médico, pero cuando le sucede lo mismo a su hija su comportamiento cambia radicalmente, no dudando un instante de si va al médico o no. De hecho, autores como Rokeach (1970; en Sánchez y Mesa, 1996) sugieren que las creencias de una persona se estructuran de modo ordenado según su importancia relativa.

Ahora bien, una creencia nunca se sostiene con independencia de otras, por ello se suele hablar más de sistemas de creencias que de creencias aisladas.

Una definición clásica sobre un sistema de creencias es la de Rokeach (1968, en Callejo y Vila, 2003) quien lo define como: una forma organizada psicológicamente, aunque no necesariamente lógica, de todas y cada una de las incontables creencias personales sobre la realidad física y social. Por tanto, no se trata de una suma o de una yuxtaposición de creencias, sino de una red organizada.

Autores como Green (1971, en Callejo y Vila, 2003) afirman que la noción de sistema de creencias es una metáfora para examinar y describir cómo se organizan las creencias de un individuo. Además, considera que al igual que los sistemas de conocimientos, su potencialidad no reside tanto en su contenido cuanto en sus relaciones, es decir, el sistema de creencias de una persona se caracteriza por la forma en que cree y no tanto por lo que cree. Y en base a esto es él mismo quien identifica las siguientes tres dimensiones de los sistemas de creencias, que como ya él lo comenta no

tienen que ver estrictamente con su contenido, sino con el modo en que están relacionadas entre sí dentro del sistema:

1. Algunas creencias se relacionan entre sí al modo de premisas y conclusión, por lo que puede hablarse de creencias primarias y derivadas. Su relación es cuasi lógica, distinta de la de los sistemas de conocimientos donde la relación es de tipo lógico.
2. Las creencias se mantienen con diferente grado de convicción y distinta fuerza. En este sentido cabe hablar de su centralidad psicológica: las que se sostienen con mayor fuerza son centrales y las demás son periféricas.
3. Las creencias suelen mantenerse “enclaustradas”, sin someterse al contraste con el exterior. El contraste tiene más de confrontación defensiva que de apertura para su enriquecimiento o para su modificación.

En resumen, dos personas pueden desarrollar una actividad de manera diferente debido a que pueden tener las mismas creencias y distintos sistemas de creencias, de aquí la importancia de éstos, pues ayudan a explicar algunos comportamientos, como por ejemplo que sostenga al mismo tiempo creencias contradictorias entre sí o que se resista a cambiar aquellas que no son adecuadas, a pesar de ofrecerle “razones evidentes” para modificarlas. En estos casos la inconsistencia y la estabilidad del sistema de creencias, en mayor o menor grado, se debe a que estén más o menos ligadas entre sí y más o menos agrupadas y enclaustradas.

Por tanto, para poder modificar las creencias es necesario conocer no sólo su forma de relacionarse y de agruparse, sino también el tipo de relación que se da entre ellas, es decir, si son primarias o derivadas, centrales o periféricas, porque en la medida en que se trate de desestabilizar y cambiar las creencias primarias y centrales, se producirá una “crisis” mayor en el

sistema de creencias del sujeto, que deberá reestructurarse y reconstruirse para estabilizarse de nuevo.

2.3.4. Las emociones

"Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla" (Wenger, Jones y Jones, 1962, 3, en Choliz, 2005).

Las **emociones** son un constructo que en la actualidad aún sigue siendo objeto de estudio y de diferencias para su definición (Plutchik, 1987; en Plutchik, 1998). A lo largo de la historia han sido conceptualizadas como:

- Estados subjetivos afectivos, que permiten nos sintamos de una manera en concreto, por ejemplo, enojados o felices.
- Respuestas Fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa, por ejemplo el miedo nos prepara para huir del peligro
- Fenómenos sociales, porque nos preparan para ser funcionales.

Siendo objetivos las conceptualizaciones que se han hecho sobre ellas, sólo logran concordar en que son mecanismos (concretos o subjetivos) de orientación que todos los seres humanos poseemos para asegurar nuestra supervivencia.

En base a esta coincidencia conceptual y a la vez a la existente discrepancia, tomaremos la propuesta de Fernández Abascal y Palmero (1999; en Nieto, et al, 2004) quienes definieron a las emociones como: *procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos.*

Tomando la definición antes descrita, no se puede descartar que las emociones fungen también una parte primordial para desencadenar un comportamiento, recordemos que una de las funciones de las actitudes involucra a las emociones como una forma de evaluación y activación emocional común, que un grupo elabora de un objeto y que influye y orienta los comportamientos respecto a éste (Páez, 1987; en Álvarez, 2002).

Por mencionar un ejemplo, en un estudio de Ayestarán y Páez (1985, en Álvarez, 2002) sobre las representaciones de la enfermedad mental, se encontró que este tipo de personas provocan mayoritariamente sentimientos de compasión y ayuda.

2.3.4.1 Componentes de las emociones

Las emociones son procesos complejos y para expresarlas podemos utilizar una gran variedad de términos, gestos y actitudes, de hecho, se dice que se podría utilizar todas las palabras del diccionario para expresar emociones distintas, por lo que en consecuencia sería imposible creer que se pudiera hacer una descripción y clasificación de todas las emociones que lograríamos experimentar. Sin embargo la clave para describir las emociones y para que las personas de un mismo entorno cultural puedan compartirlas, está en que el vocabulario usual es mucho más reducido y a su vez que en él cada emoción expresa una cantidad o magnitud (en escala positiva/negativa), es decir, toda emoción representa una magnitud o medida a lo largo de un continuo que puede tomar valores positivos o negativos (González, Barrul, Pons y Marteles, 1998).

En el lenguaje cotidiano, según sea la situación que provoca la emoción, escogemos palabras como: *miedo, incertidumbre, alegría, amor*, etc., que señalan su signo (positivo o negativo). Y según sea la intensidad de la emoción escogemos palabras como *nada, poco, bastante, muy*, etc.

Componiendo así la descripción de una emoción, por ejemplo: Me siento con mucho miedo (negativa) o me siento muy alegre (positiva).

En consecuencia, podemos reconocer en toda emoción dos componentes bien diferenciados:

- Cualitativo: Que se expresa mediante la palabra que utilizamos para describir la emoción (amor, alegría, miedo, inseguridad, etc.) y que determina su signo positivo o negativo.
- Cuantitativo: Que se expresa mediante palabras de magnitud (poco bastante, muy, algo, etc.) tanto para las emociones positivas como negativas.

Figura 3. Componentes de la Emoción

EMOCIÓN		=	componente cuantitativo	+	componente cualitativo
<i>ej: me siento</i>			<i>muy</i>		<i>comprendido</i>
emociones positivas			+ ↑ extraordinariamente + muy + bastante + poco 0		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> amor deseo respeto amistad comprensión alegría etc. </div>
emociones negativas			0 + poco + bastante + muy + extraordinariamente - ↓ -		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> tristeza temor inseguridad miedo desamparo rechazo etc. </div>
<i>ej: siento</i>			<i>bastante</i>		<i>tristeza</i>

Con esta explicación solo faltaría determinar: ¿qué es lo que mide cada una de nuestras emociones?

Los seres vivos disponemos de mecanismos perceptivos que nos permiten reconocer aquellos estímulos que son significativos para nuestra supervivencia (obtener comida, para protegerse de un ataque, para conservar su integridad, etc.) Sin embargo, la percepción solo cubre una parte del problema pues tiene como objetivo reconocer los estímulos (saber que son) y esto no es suficiente debido a que necesitamos saber con ello si lo que hemos percibido (que ya se ha reconocido) nos es útil y favorable para la supervivencia o no. De ahí la importancia de las emociones, ya que a través de ella se informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación (James, 1967; en González, et al., 1998). Si la situación nos parece favorecer la supervivencia, experimentamos una emoción positiva (alegría, satisfacción, paz, etc.) y sino, experimentamos una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.). Por ejemplo: cuando entramos en una reunión (de trabajo, círculo de amistades, de escuela, etc.) lo primero que hacemos es reconocer (percibir) a las personas que están en la sala y casi simultáneamente, empezamos a experimentar nuevas emociones relacionadas con la nueva situación. Si lo que se siente es positivo y agradable significa que nuestro mecanismo emocional valora que la situación (lo que ahí ocurre) es favorable para nuestra supervivencia (negocios, afecto, conocimiento, etc.). Por el contrario, si nos sentimos mal, inquietos, incómodos, forzados, etc., significa que nuestro mecanismo emocional cree que la situación puede perjudicarnos.

Toda esta valoración emocional se realiza mediante mecanismos o procesos muy diversos que posteriormente se abordarán. Por ahora solo resta decir que hablando metafóricamente las emociones sirven como una brújula que orienta a los individuos en cada situación que se le presenta. Por ello a continuación se referirán algunas de las funciones adjudicadas.

2.3.4.2 Funciones de las emociones

Las emociones tienen funciones importantes en la adaptación social y en el ajuste personal. Todas poseen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas. Según Reeve (1994) son tres las funciones básicas:

a) Función adaptativa: La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo ya fue puesta de manifiesto por Darwin (1872/1984; en Choliz, 2005), quien argumentó que la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada, lo cual le confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación. Quizás, por ello es ésta la función más importante de las emociones, pues es quien habrá de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

Plutchik (1980; en Plutchik, 1998) destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que le corresponde. La correspondencia entre la emoción y su función se refleja en la siguiente figura:

<i>Lenguaje subjetivo</i>	<i>Lenguaje funcional</i>
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

b) Función social: Puesto que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Izard (1989; en Choliz, 2005) destaca varias funciones sociales de las emociones, como son las de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Por tanto, la expresión de las emociones puede considerarse como una serie de estímulos discriminativos que facilitan la realización de las conductas apropiadas por parte de los demás.

c) Función motivacional: La relación entre emoción y motivación es íntima. La emoción *energiza* la conducta motivada. Una conducta "cargada" emocionalmente se realiza de forma más vigorosa.

La emoción tiene la función adaptativa de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada exigencia. Así por ejemplo; la cólera facilita las reacciones defensivas, la alegría la atracción interpersonal, la sorpresa la atención ante estímulos novedosos, etc. Por otro, *dirige* la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada.

Ahora bien, la relación entre motivación y emoción no se limitan al hecho de que en toda conducta motivada se producen reacciones emocionales, sino que una emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada dirigiéndola hacia determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. Se puede decir entonces que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

Sin embargo es importante resaltar que **la principal función de las emociones es la organización de una actividad compleja en un lapso muy breve, con la finalidad de anticiparse a las consecuencias.** Así, las emociones alteran otros procesos psicológicos como: la percepción, la atención, activan la memoria, movilizan cambios fisiológicos, planificación de acciones, comunicación verbal y no verbal, motivación a la acción, etc. Y a la vez son precisamente éstas las que coordinan todos estos recursos psicológicos en un momento dado, para dar respuesta rápida y puntual a una situación (Fernández y Palmero, 1999).

2.3.4.3 Proceso de las emociones

Las emociones son indicadores de aquello que es importante para el individuo organizado como autoteoría de sí mismo. Hoy en día se piensa que las emociones tienen un peso específico en la dirección del binomio salud/enfermedad. Los seres humanos tenemos la habilidad de anticipar el futuro, de interactuar con otros, de transformar nuestro medio ambiente, por eso cuando una persona evalúa una situación como potencialmente peligrosa, amenazadora o frustrante, ella va a experimentar una reacción emocional, resultado de lo que consideramos está poniendo en peligro nuestra seguridad, autoestima y estabilidad personal (Guibert, et al, 2000), ésta es la secuencia:

El proceso de las emociones se desencadena por la percepción de unas condiciones internas y externas, que llegan a un primer filtro que suponemos está formado por un proceso dual de evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o al afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las actividades anteriores. Sin embargo, las manifestaciones externas de la emoción o los afectos observables de la misma son frutos de un segundo filtro que tamiza las

mismas. Así la cultura y el aprendizaje hacen que las manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificados; de esta manera, las experiencias subjetivas que recogemos mediante auto informes pueden ser una exageración, minimización o incluso negación de las mismas; lo mismo ocurre con lo que observamos mediante la comunicación no verbal, la observación de la conducta manifiesta o incluso en las respuestas filológicas (Ver Figura 4)

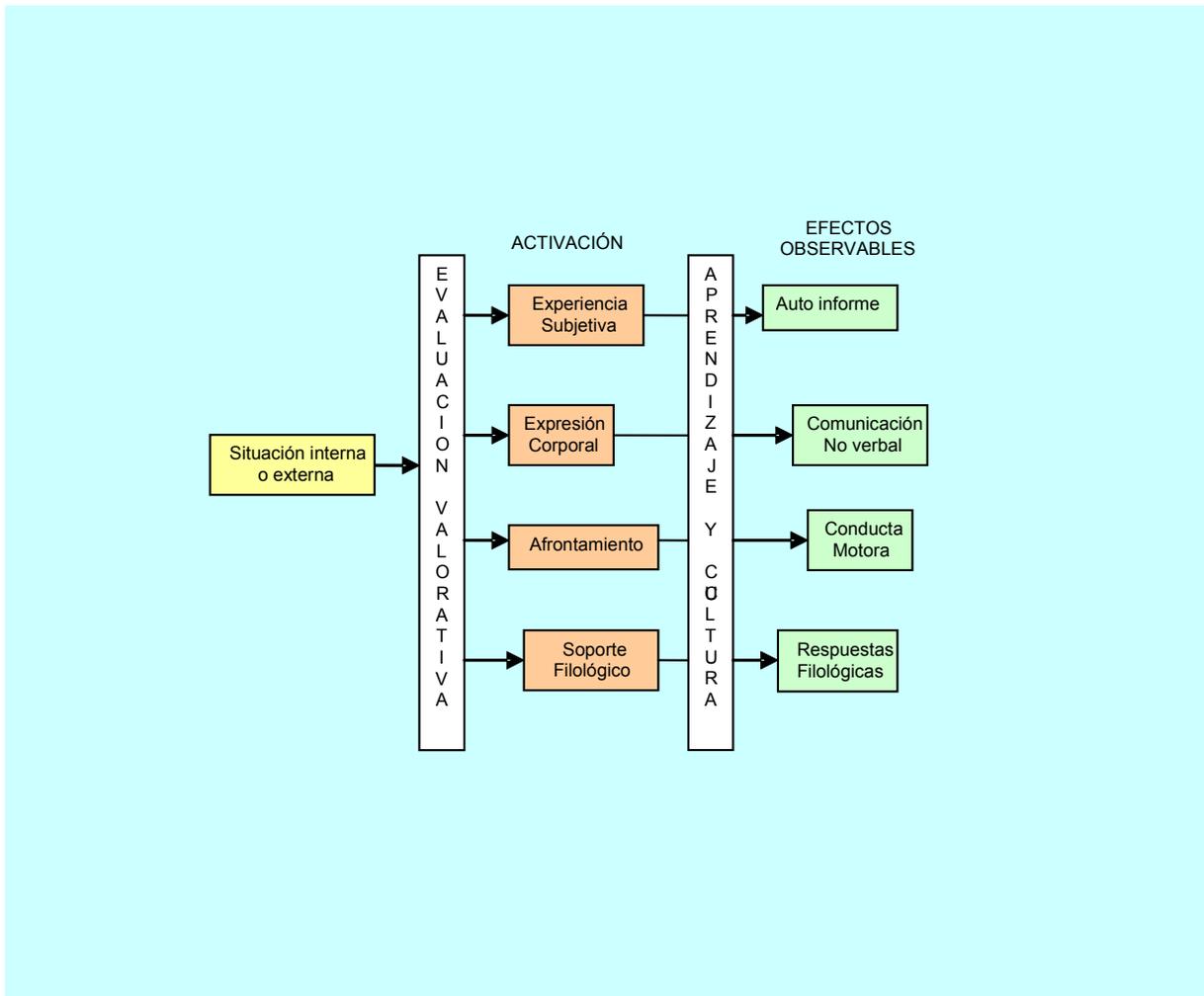


Figura 4. Esquema de la representación del proceso emocional

Con esta lógica se hace posible identificar que tanto las actitudes, creencias y emociones tienen una relación estrecha que si bien no nos permite entender el porque de algunos comportamientos, nos lleva a reflexionar sobre si ésta interacción influye en la decisión de efectuarse la detección oportuna de las enfermedades crónicas. Inquietudes que nos llevan a indagar sobre este hecho enfocándolo primordialmente hacia la temática de la Detección oportuna del Cáncer Cervicouterino.

2.4 CÁNCER CERVICOUTERINO Y DETECCION OPORTUNA

2.4.1 ¿Qué es el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que se debe a un crecimiento y división anormal de las células en la entrada del útero o matriz (el área denominada cerviz, ver figura 5) (Isla, 2000).

Este tiene características muy diversas tanto en su etiología como en su pronóstico, y por ende le tratamiento (que depende del momento en que se intervenga en el proceso y el tipo de cáncer) implica que las mujeres que lo padezcan deban prepararse más o menos extenso de sobrevivir, durante el cual habrá de afrontar importantes consecuencias psicológicas, económicas familiares medicas y sociales. Puede ocurrir que el cáncer sea curable y no impacte la expectativa de vida de la persona pero siempre se recomendara un periodo de vigilancia a través de revisiones oportunas (Pérez y Carmona, 2005)

De ahí la importancia del conocimiento y la práctica (asistencia a revisiones ginecológicas) para la prevención de esta enfermedad. En específico de la realización del exámen de detección oportuna (Pap) medio primario favorable para la identificación de anomalías en el cervix.

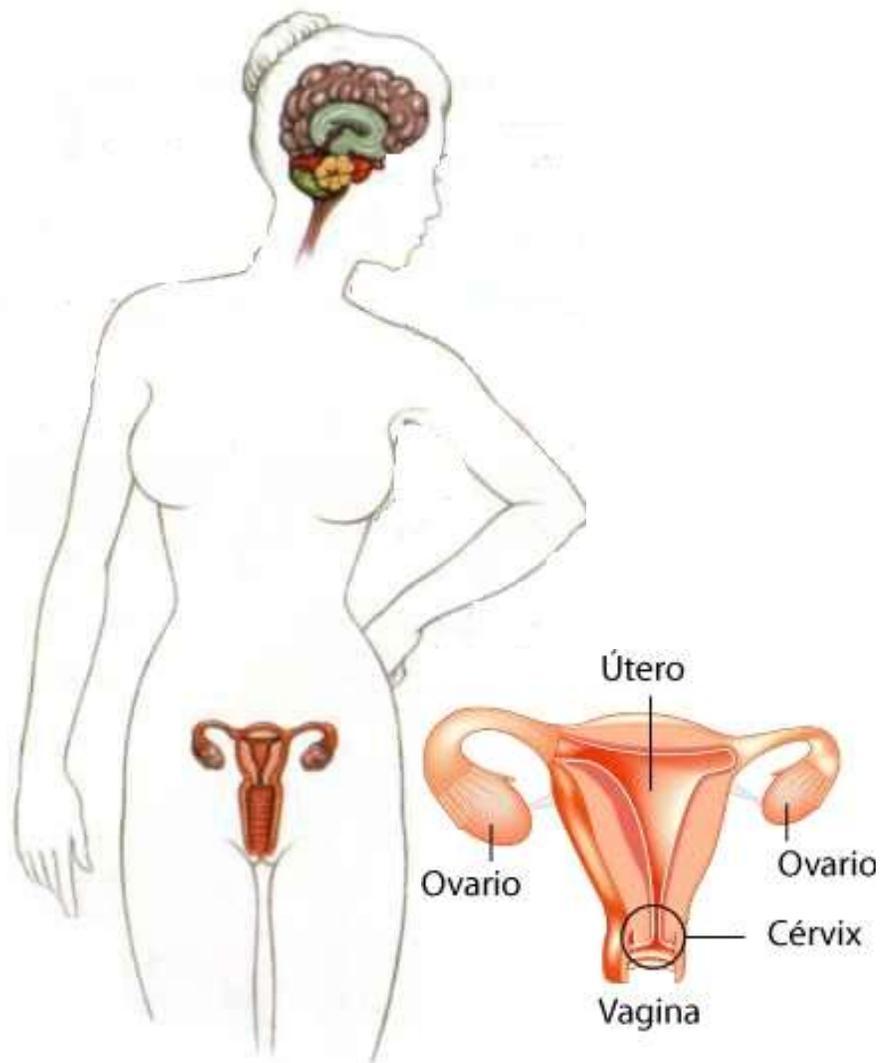


Figura 5. Aparato reproductor femenino

2.4.2 Exámen de detección oportuna (Papanicolaou)

La forma de prevenir las muertes de cáncer cervical es simple y eficaz. Los cambios precancerosos en el tejido cervicouterino pueden llevar años, pero si se identifican y tratan debidamente en un principio, las lesiones no llegan a degenerar en cáncer (ACCP, 2004b). Dichos cambios, se detectan mediante la prueba del Papanicolaou (Pap).

El Pap, es históricamente el primer método de cribado para el cáncer cervical, La prueba de citología Papanicolaou (Pap test), se basa en un examen microscópico de las células cervicales recogidas durante un procedimiento de frontis cervical.

Por tanto, el Pap es una prueba preventiva que detecta a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero de las que no las tienen (Hidalgo, 2006), debido a que permite la detección de cambios celulares que señalan las posibles transformaciones malignas que pueden desencadenar en cáncer cervical. (www.eccce-cervical-cancer.org).

2.4.3 Programa de Detección Oportuna

Comúnmente las mujeres pueden contraer el virus del Papiloma Humano en edades tempranas (juventud), pero el cáncer cervical suele presentarse entre las mujeres de 35 años en adelante y si no se detecta y trata en sus etapas iniciales, casi siempre es mortal. En este sentido y con base a lo anterior cabría cuestionarnos: ¿Qué factores interactúan de manera general para no efectuarse el examen de detección oportuna del Cáncer Cervicouterino?

La experiencia de países desarrollados (Canadá, EUA y países Nórdicos) ha permitido demostrar que la mejor opción para disminuir significativamente (90%) la mortalidad por CaCu es la detección oportuna de lesiones precursoras y lesiones malignas por medio de los programas de detección oportuna del CaCu. (Aguilar, Leyva, Anguilo, Salinas y Lazcano 2003; e Hidalgo, 2006).

Por el contrario en países en desarrollo como México, aunque existe un programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer (PNDOC) mediante la prueba del Papanicolaou, desde 1947 en México el CaCu sigue siendo una de

las principales causas de muertes para las mujeres (Dzul, Puerto, y González, 2004).

Este hecho ha orillado a que investigadores en el área de la salud cuestionen, e indaguen sobre los elementos que se ven inmiscuidos en el desarrollo de la enfermedad y en las limitantes de los programas preventivos, bajo esta línea surge el presente documento confiando aportar los elementos necesarios para proseguir en la lucha contra la enfermedad.

*“El esqueleto de la ciencia son los hechos, pero los músculos y los nervios son el significado que se les confiere, y el alma de la ciencia son las ideas”
Ruy Pérez Tamayo*

CAPITULO III

MÉTODO

En el presente estudio de comparación de grupos, se emplearon y complementaron los enfoques cuantitativo y cualitativo, así como sus correspondientes procesos, lo anterior debido a las características, los objetivos planteados y las técnicas utilizadas ante el objeto de estudio.

El diseño fue no experimental, de tipo transversal y alcance descriptivo-correlacional. Donde las variables estudio fueron:

INDEPENDIENTES:

- ✓ Creencias hacia el proceso de detección oportuna del CaCu.
- ✓ Actitudes hacia el proceso de detección oportuna del CaCu.
- ✓ Emociones hacia el proceso de detección oportuna del CaCu.

DEPENDIENTE

- ✓ Exámen de detección Oportuna (Prueba diagnóstica del Papanicolaou) como medida preventiva para el CaCu

3.1 MUESTRA

- 100 Mujeres del área metropolitana de la Cuidad de Monterrey.

3.1.1 Criterios de inclusión

- Mujeres: (50 mujeres que no se hayan realizado el Pap y 50 mujeres que se hayan realizado el Pap al menos en una ocasión).
- Rango de edad: 25-35 años.
- Residencia: Que radiquen en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey.
- Nivel Educativo: Que sepan leer y escribir.
- Vida Sexual Iniciada.
- Que hayan contado con algún servicio medico.
- Que deseen participar en la investigación.

3.1.2 Selección de la muestra:

Tomando como base el cumplimiento de los criterios de inclusión la selección de la muestra fue intencional realizándose en dos momentos; el primero en población abierta de donde se obtuvo en su mayoría a las mujeres que si se habían realizado el Pap y el segundo dentro de población identificada, de donde se consiguió al resto de la muestra (en su mayoría mujeres que no se habían realizado el Pap)

3.1.2.1 Procedimiento

Para la recolección de datos (aplicación del instrumento) en un primer momento, fue necesario la ubicación de lugares que con frecuencia son concurridos y transitados por mujeres, en específico se acudió a plazas y calles cercanas a los centros comerciales y establecimientos públicos. Sin embargo debido a que en ellos no se halló en su totalidad a las mujeres se implementó una nueva estrategia que permitiera encontrar al resto de las participantes, surgiendo así un segundo momento que se caracterizó por la

identificación de colonias específicas del área metropolitana de la ciudad de Monterrey.

Lo anterior fue posible mediante el contacto con personal de salud de la Unidad Medica Familiar No. 32 (Municipio Guadalupe) del Instituto Mexicano del Seguro Social, mismos que al estar involucrados en el trabajo de campo proporcionaron el nombre y ubicación de las colonias que contaban con características o factores de riesgos para que las mujeres no se realizaran el Pap, siendo estas las colonias sabinitas y la joya, las cuales fueron visitadas. La dinámica dentro de estas colonias consistió en visitar casa por casa, donde se indagaba sobre la existencia de mujeres que cumplieran los parámetros establecidos exponiéndose a la par la razón de la visita e invitándolas a participar en la investigación.

Por último, se recurrió al contacto de amistades y conocidas tanto para la participación en el estudio (llenado del instrumento) como para la invitación de otras mujeres que desearan colaborar.

3.1.3 Muestra: Identificación de grupos y caracterización

Dentro de la muestra de estudio se identificaron dos grupos conformados por 50 mujeres cada uno de ellos. Ambos compartieron las categorías sociales de la edad, el sexo, el nivel educativo, la residencia, vida sexual iniciada y servicio de salud.

A pesar de que en ningún momento se optó por ubicar zonas específicas donde se tuvieran sujetos cautivos, por azares se concretizaron dos zonas territoriales quedando ubicadas en su mayoría de la siguiente manera: Para las mujeres que si se habían realizaron el Pap su entorno fue la ciudad de Monterrey mientras que para aquellas que no se lo habían realizado su ubicación fue la ciudad de Guadalupe área conurbana de Monterrey.

Además, la identificación y diferenciación de ambos grupos se logró por medio de la variable vida sexual iniciada, con ello se decretaron como grupos sociales distintos, pues a pesar de compartir la variable no asumían de igual forma la responsabilidad que ésta conlleva en base a procurar la salud. (realización o no del Pap).

En síntesis el primer grupo social se identificaría como aquellas mujeres de Monterrey que teniendo una vida sexual iniciada asumen la responsabilidad (al realizarse el Pap) y procuran su salud, mientras que las mujeres de Guadalupe teniendo una vida sexual iniciada no lo hacen (al no realizarse el Pap). Manifestándose así en éste último grupo la existencia vigente de los ejes rectores de la conducta según nuestra cultura (poder patriarcal).

3.2 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO

La creación del instrumento se constituyó en dos fases regidas por la presencia del pilotaje.

3.2.1 Fase uno

En la fase inicial se elaboró la primera versión del instrumento, el cual incluyó la técnica de redes semánticas y el cuestionario CAE (creencias, actitudes y emociones) acerca del Pap. Versión que fue piloteada tomando para ello un 10% de la muestra planteada (5 mujeres que al menos en una ocasión se hubieran realizaron el Pap, y 5 que no se lo hubieran realizado). Localizando a las participantes en áreas libres como plazas, calles o fuera de centros comerciales.

3.2.1.1 Pilotaje

A través del pilotaje se identificaron las siguientes observaciones hacia el instrumento:

En el apartado de variables sociodemográficas se encontró que dentro de la *variable estado civil* no se había contemplado la opción *unión libre*, por lo que se decidió agregarla debido a que dentro de la muestra se hizo manifiesta. Por otra parte también se identificó que la frase *vida sexual iniciada* no era entendida por las mujeres, lo que llevó hacer un cambio en ella quedando *ha tenido relaciones sexuales*. En este mismo apartado se decidió eliminar la frase *vida sexual iniciada* debido a que no fue necesaria como criterio de inclusión, además de causar confusión para la muestra. En cuanto a la variable *servicio médico* se consideró sustituirla por *servicio médico de salud con el que cuenta* y presentar una estructura de respuestas en opción múltiple, todo ello para una mayor ubicación y facilidad de entendimiento de las participantes. Por último se optó por implementar dentro de este apartado el criterio *se ha realizado el papanicolaou*, como medida previsor para quien efectuó el estudio.

En lo referido a las preguntas del cuestionario CAE acerca del Pap, se realizaron los siguientes acomodos:

Las preguntas *¿Qué cree usted que pueda ser el Papanicolaou?* y *¿Qué es el Papanicolaou?* se complementaron al introducir cómo o de quién respectivamente se había obtenido la información.

Debido a que la pregunta *¿Qué sintió al realizarse el Papanicolaou?* no fue suficientemente clara para arrojar información específica acerca de las emociones presentes en las participantes, se creó la pregunta *¿Qué emoción sintió?* abarcándose con ello éste aspecto.

Con el propósito de facilitar y ubicar a ambos grupos y sus respuestas, a partir de la pregunta *¿Se ha realizado el Papanicolaou?* se decidió crear dos vertientes. Quedando de la siguiente forma, para el grupo A las preguntas a responder fueron: *¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolaou?*, *¿Qué*

sintió al realizarse el Papanicolaou?, y ¿Qué emociones sintió? mientras que para el B fue necesaria la adaptación de las preguntas ¿Qué emoción le causa pensar realizarse o hacerse el Papanicolaou? y ¿Piensa realizarse el Papanicolaou alguna vez? Añadiendo en cada uno el por qué y/o para qué con el fin de tener una información más completa.

En cuanto a la estructura del instrumento se procuró que ésta contara con las características de ser autoaplicable, sin embargo debido a la muestra y la peculiaridad de la temática por desarrollar, se decidió después del pilotaje, que la aplicación se llevara a cabo por la tesista y fuera esta de manera individual. Iniciando con un ejemplo de la tarea a realizar por los sujetos, cuando el ejercicio así lo requiriera (Hoja uno: redes semánticas)

Los resultados del pilotaje además de dar pautas de cambio y mejora para el instrumento, permitieron obtener los criterios para la creación del diferencial semántico (DS), lo anterior como resultado de los conjuntos SAM de las redes semánticas, (donde se destacaron palabras como salud, prevención, seguridad, miedo, vergüenza y dolor) y las frecuencias de palabras (como responsabilidad, comodidad, nervios y conciencia) en las respuestas al cuestionario.

A la par de la creación de la tercera técnica DS también se consideró agregar tres preguntas abiertas, referidas a lo que se denominó cercanía cultural hacia la enfermedad (CaCu), es decir la relación que como mujeres tenían con el conocimiento de la enfermedad o la enfermedad como tal ya fuese como experiencia personal o como acompañamiento de un tercero. El objetivo principal, fue tener información extra y contrastable con el conocimiento en específico de la medida preventiva (Pap). De igual forma se optó por dejar un espacio para comentario y cerrar con la firma del consentimiento informado y el agradecimiento por su participación, quedando así para la estructura final del instrumento.

Por último, se identificó que el tiempo empleado para contestar el instrumento completo como primera versión (pilotaje) oscilo entre los 5 minutos como mínimo y 10 como máximo.

3.2.2 Fase dos

Esta fase del instrumento se caracterizó por haber realizado todas las correcciones que surgieron en el pilotaje y haber hecho las adecuaciones necesarias para la aplicación completa en la muestra.

El instrumento final se construyó a partir de las siguientes tres técnicas:

3.2.2.1 Redes Semánticas

Las Redes Semánticas Naturales fueron propuestas en 1981 por Figueroa, González y Solís (Reyes, 1993).

De acuerdo con Figueroa (1967; en Vera, Pimentel y Batista, 2005) son las concepciones que las personas hacen de cualquier objeto de su entorno. Mediante el conocimiento de ellas es posible comprender y evaluar la gama de significados expresados a través del lenguaje cotidiano, que tiene todo objeto social. Lo cual las hace consolidarse como una de las más sólidas aproximaciones al estudio del significado psicológico y con esto, al estudio del conocimiento (Valdez, 2004).

Para obtener una red semántica el primer aspecto que se debe de tener en cuenta y tomar con cautela es la selección de la palabra que será estudiada; que puede ser: amor, amistad, pareja o bien como en nuestro estudio **Papanicolaou**

Posterior a ello, la atención debe centrarse en el siguiente aspecto técnico: El procedimiento, el cual se conforma con dos instrucciones básicas:

- a) Se pide a los sujetos que definan con la mayor precisión posible a la palabra estímulo o concepto, mediante la creación de una lista que contenga mínimo cinco palabras sueltas que pueden ser: verbos, adverbios, sustantivos o adjetivos.

- b) Posteriormente, se les solicita jerarquicen cada una de las palabras dadas como definidoras, en función de la relación, importancia o cercanía que consideren tienen cada una de ellas a partir del concepto definido. De esta forma, le asignaran el número uno, a la palabra más importante, el dos a la que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar de jerarquizar todas las palabras que dieron como definidoras.

De igual forma es importante definir su estructura, por ello, después de leer a Vera et. al., (2005) y Valdez (2004) quienes proponen en similitud una estructura equiparable, es decir una estructura de dos paginas:

- a) La primera: destinada a recoger datos personales del sujeto (edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de residencia y otros datos de identificación) y agradecimientos al mismo por su colaboración en el estudio.

- b) Y la segunda a albergar la palabra estímulo o concepto.

Se decidió que la estructura por utilizar para la investigación tuviera el siguiente formato: Sin olvidar las respectivas instrucciones, donde se refiera lo que habrá de hacerse, la cuartilla se fragmentó en dos partes, una para la definición de la palabra estímulo y otra sección para la jerarquización, ambas con el acompañamiento de un ejemplo, todo ello para facilitar el entendimiento de las participantes.

Para la aplicación de la técnica existe una diversidad de recomendaciones hechas por quienes trabajan con ella (Valdez, 2004, Vera, et. al., 2005; Figueroa, González y Solís, 1981 y Reyes, 1993). Dentro de éstas sugerencias, solo fueron tomadas algunas que se consideraron pertinentes para la tesis, adaptándose a las características de la población:

ψ Es recomendable que se entregue una hoja impresa con la (s) diferente (s) palabra (s) estímulo que se vayan a aplicar. **Acción que se llevo a cabo sin cambio alguno.**

ψ Se aplica de manera individual o con grupos de hasta diez sujetos con el fin de controlar las interacciones entre ellos que pudieran contaminar los datos. Antes de empezar es necesario presentar un ejemplo que sirva para asegurarse que los sujetos entendieron las instrucciones y si es posible y dependiendo del grupo o el individuo, un segundo ejemplo para que las dudas y errores no aparezcan y todo siga un mismo curso. **En esta sugerencia sólo se omitió lo referido al trabajo en grupos, debido a que todas las aplicaciones hechas fueron de manera individual.**

Ψ Es importante que las personas escriban las primeras palabras que vengan a la mente en asociación libre, se debe evitar un pensamiento estructurado y reflexivo, pues convierte la tarea en búsqueda de definiciones conceptuales. **Esta acción fue tomada literalmente y llevada a cabo con la**

mayor precisión posible, ya que la intención no era obtener definiciones conceptuales.

Ψ Habrá de informarse que se debe guardar silencio y concentrarse en la tarea. **Esto sólo fue retomado cuando las participantes se encontraron acompañadas por un tercero (pareja o amistades) o cuando se lograba conseguir a más de una participante (en las calles o en las casa) con la disponibilidad de realizar la actividad.**

Ψ Se les informará también que es deseable completar diez líneas pero no siempre es posible (así que como mínimo se pide 5 palabras); y se les invitará para que al ya no tener más palabras para escribir, finalicen la actividad y pasen a la siguiente instrucción. **En el instrumento de aplicación se pidieron como máximo cinco definidoras debido al tema por trabajar y las características de las participantes. Por ello aquí la sugerencia fue reajustada de la siguiente manera: Se les informo que era deseable completaran las cinco líneas pero de no ser posible solo tres de ellas, y de igual forma se les invitó que al ya no tener más palabras para escribir finalizaran la actividad.**

Para analizar la información generada por los sujetos, dentro de las redes semánticas se cuenta con los siguientes valores básicos (Valdez, 2004):

Valor **J**: Resulta del total de palabras definidoras que fueron generadas por los sujetos para definir al estímulo en cuestión.

Obtención del valor **J**: Para la obtención del valor J, únicamente hay que contar el total de palabras definidoras que fueron generadas por los sujetos. Siendo esta la riqueza de la red.

Valor **M**: Resultado que se obtiene de la multiplicación que se hace de la frecuencia de aparición por la jerarquía obtenida para cada una de las palabras definidoras generadas por lo sujetos.

Obtención del valor **M**: Este se obtiene mediante la multiplicación que se hace entre la frecuencia de aparición (FA) por el valor semántico (VS) que le corresponde. Para realizar esta operación, se parte de que: la palabra que obtuvo 1 como jerarquía asociada es la más importante para el sujeto, la 2 la siguiente en importancia y así sucesivamente, ahora con fines de análisis, se hace una conversión de las jerarquías que fueron asignadas por el sujeto, al valor semántico que le corresponde, tomando como base que, la jerarquía 1 vale 10 puntos, la 2 vale 9 puntos, la 3 vale 8 puntos y así subsiguientemente hasta llegar al 10.

Valor **FMG**: Este valor es un indicador en términos de porcentaje, de la distancia semántica que hay entre las diferentes palabras definidoras que conforman al conjunto **SAM**.

Obtención del valor **FMG**: Éste se obtiene por medio de una sencilla regla de tres, donde el valor **M** total más alto representa la total cercanía (100%) que tiene el concepto para con el estímulo que fue definido. En este sentido mediante el cálculo de los demás valores, se obtendrá en términos de proporciones, la distancia que tiene cada una de las palabras definidoras, respecto del estímulo definido.

Conjunto **SAM**: Es un indicador de cuáles fueron las palabras definidoras que conforman el núcleo central de la red. En otras palabras, es el centro mismo del significado que tiene un concepto.

Obtención del conjunto **SAM**: Habiéndose obtenido los valores **M** totales para cada una de las palabras definidoras, es posible determinar cuál será el conjunto **SAM**, es decir el grupo de la diez palabras definidoras que hayan obtenido los mayores valores **M** totales.

Como se mencionó anteriormente, Valdez (2004) consideró a éstos los cuatro valores básicos, sin embargo es importante destacar que se pueden obtener otros valores según los intereses perseguidos por la investigación, por ejemplo: el Valor **G** que representa la densidad de la red y permite cuantificarla, siendo sin duda un resultado interesante por obtener, de ahí que se incluya en este trabajo.

Obtención del valor **G**: Se hace una lista con las 10 palabras definidoras con valor **M** mas alto para cada concepto y se obtiene el promedio de las diferencias entre ellas de la siguiente manera: al valor **M** que se encuentra en primer lugar se le resta el valor **M** del segundo lugar, al valor **M** del segundo se le resta el valor **M** del tercer lugar y así sucesivamente; después se suman estos resultados y se dividen entre 9 que es el número total de restas.

Para concluir, toda la información obtenida de los valores, deberá ser vaciada sujeto por sujeto, en una hoja de captura de información para redes semánticas² . Posterior a ello, los resultados deberán ser presentados según los intereses y necesidades del estudio (por ejemplo, con gráficas, esquemas o figuras).

De igual forma, es importante resaltar que la instrucción para el desarrollo completo de esta técnica dependerá de los investigadores, en el caso particular la instrucción utilizada fue la siguiente: **A continuación se le**

² Ver anexo 2

presentará una palabra (Papanicolaou) en mayúscula, léala con atención y anote las 5 primeras palabras que se le vengan a la mente al leerla

3.2.2.2 Cuestionario CAE (creencias, actitudes y emociones) acerca del Pap

La finalidad de su creación fue el enriquecimiento de los datos y el sustento para la construcción del diferencial semántico adecuado a la problemática. Éste se conformó por un total de once preguntas abiertas, dirigidas a recabar información sobre las *creencias* (¿Conoce que es el Papanicolaou?, ¿Qué piensa acerca del Papanicolaou?), las *actitudes* (¿Cree que es adecuado realizarse el Papanicolaou? ¿Piensa realizarse el Papanicolaou alguna vez?) y las *emociones* (¿Qué sintió al realizarse el Papanicolaou? ¿Qué emoción sintió?) manifiestas ante la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino (Pap).

La primera acción necesaria para su construcción fue la lectura previa de investigaciones relacionadas a la detección oportuna del cáncer cervicouterino, de éstas se retomaron las preguntas más recurrentes y sistematizadas por los estudios leídos, gracias a ellos es como se pudo obtener las once preguntas que en su conjunto conformaron al cuestionario. Algunas de las investigaciones que sirvieron como guías según las dimensiones de estudio para la creación de las preguntas fueron las siguientes:

- Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna del cáncer cervicouterino (Farfán, et al., 2004).
- Factores Asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou (Najera, Lazcano, Alonso, Ramírez, Cantoral y Hernández, 1996).
- Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo (Arguero, et al., s/f).

- ❑ Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso citología cervical en México (Aguilar, Leyva, Angulo, Salinas y Lazcano, 2003).

Como única observación para la aplicación posterior de este cuestionario, se sugiere se analice y reflexione si las preguntas que lo conforman se acoplan a las necesidades que busca satisfacer el investigador y a las metas que persigue dentro del trabajo por realizar.

Para el manejo de la información, que resulte de la aplicación de este cuestionario, será necesaria la creación de categorías individuales, es decir; para cada pregunta. A su vez las categorías realizadas por pregunta podrán ser englobadas en una de las siguientes dimensiones:

- 1 Creencias: Información que se tiene del objeto (Pap)
- 2 Emociones: Reacción hacia el objeto (Pap)
- 3 Actitudes: Evaluación del objeto (Pap)

Después de hacer las clasificaciones correspondientes y haberlas analizado, los resultados serán presentados de manera descriptiva y con ayuda de esquemas para su entendimiento.

3.2.2.3 Diferencial semántico

El diferencial semántico (DS) es una escala creada por los investigadores sociales Charles Osgood, Suci y Tannenbaum, (1957; en Sánchez, 1979). El objetivo de éste es proveer un sustento cuantitativo que permita obtener una medida objetiva del significado psicológico que para el sujeto tienen una serie de acontecimientos, objetos o personas, (a quienes de manera general denomina conceptos). Para ello se utilizan una serie de escalas descriptivas de adjetivos bipolares, en base a los cuales se establece

el grado de semejanza o disparidad entre diferentes conceptos (Gallego, 2006).

Es utilizado para evaluar actitudes y de igual forma aporta información sobre las emociones que el objeto genera, obteniendo el valor connotativo³ y captando el significado afectivo que el usuario tiene de él. No tiene un número determinado de ítems; Es una escala abierta de gran flexibilidad, que se adapta a los propósitos de la investigación, pudiendo variar ampliamente los conceptos que se pretenden evaluar.

El término concepto se utiliza en un sentido general para referirse al estímulo al cual el sujeto responde. Lo que funciona como concepto en este sentido tan amplio es prácticamente infinito, puede ser una palabra, un color, una textura, un olor, etc., aunque generalmente se emplean palabras escritas por simplicidad.

Se recomienda seleccionar conceptos que:

- A. Reflejen diferencias entre individuos.
- B. Tengan un sentido único para cada individuo.
- C. Resulten familiares a los individuos.

Con base en lo sugerido por este autor y siguiendo el propósito de la tesis, el pilotaje fue fundamental para obtener los ítems que conformaron las escalas bipolares. Por lo que éstas son el resultado en particular de las similitudes en los conjuntos SAM⁴ (de los grupos) obtenido de las redes semánticas y reforzadas por las respuestas del cuestionario.

³ El significado que para cada persona tiene un objeto, es el significado que interesa evaluar a la técnica de diferenciales semánticos.

⁴ Ver anexo 3 y 4.

Cabe enfatizar que de las definidoras que conformaron los conjuntos SAM se crearon subgrupos que se agruparon por su relación de sinonimia, siendo estos: Prueba – Exámen – Chequeo, Dolor – Molestia, Vergüenza – Pena, Nervios – Preocupación.

En este sentido sería imposible omitir que las escalas descriptivas de adjetivos bipolares son el resultado del pilotaje y no de la invención de la tesista.

La escala bipolar estuvo conformada por los siguientes diez adjetivos bipolares para describir el concepto de Papanicolaou:

Salud - Enfermedad
Responsabilidad - Irresponsabilidad
Prevención - Descuido
Seguridad - Inseguridad
Comodidad - Incomodidad
Miedo - Valentía
Nervios - Tranquilidad
Dolor - Placer
Vergüenza - Desinhibición
Conciencia - Inconciencia

Por último, es importante mencionar que en la búsqueda para la conformación de los pares de adjetivos bipolares se recurrió a los listados ya estandarizados por Díaz–Guerreo y Salas (1975) y por lo decretado en el diccionario de sinónimos antónimos (Laurosse, 2005) De igual forma cabe destacar que de estos autores se tomo la línea base para la evaluación.

Lo básico del DS es que a cada adjetivo bipolar se le confiere siete posiciones en una escala tipo likert, donde los puntajes pueden ser +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3, según la intensidad (0-3) y dirección (+,-) que se les otorguen. En este sentido conforme más próximo a uno de los extremos sea la respuesta de la participante, indicará que ese adjetivo es el que mejor define al concepto y por ende la polaridad mostrará la actitud hacia el mismo.

Por ejemplo, en la figura 6 se observa por la ubicación de sus respuestas que para esta participante el Pap tuvo una dirección positiva e intensidad variante que fue de cero a dos, lo cual señala de manera general que su actitud fue positiva.

Figura 6. Estructura del Diferencial Semántico

El Papanicolaou es:

	3	2	1	0	-1	-2	-3	
Salud		x						Enfermedad
Responsabilidad			x					Irresponsabilidad
Prevenición			x					Descuido
Seguridad				x				Inseguridad
Comodidad				x				Incomodidad
Valentía		x						Miedo
Tranquilidad		x						Nervios
Placer		x						Dolor
Desinhibición		x						Vergüenza
Conciencia		x						Inconciencia

Por ello lo importante y realmente relevante de esta técnica es el análisis de estos datos, Siendo necesario para ello la utilización y entendimiento del programa estadístico SPSS.

Los resultados se pueden mostrar por medio de tablas o figuras que representen lo obtenido, es decir según la elección del investigador, en este caso particular se hará a través de un grafico al cual las autoras De Mikusinki y De Urtega (1982) llaman perfil comparativo. En él se mostrarán las medias totales de los grupos.

3.3 INSTRUMENTO: ESTRUCTURA FINAL

La estructura final del instrumento se conformó por cuatro cuartillas⁵:

- ✧ La primer cuartilla incluyó a las variables sociodemográficas mismas que a la par de las instrucciones encabezaban el documento, de igual forma éstas compartieron el espacio con la primera técnica (redes semánticas).
- ✧ En la segunda y tercera cuartilla se agruparon las 11 preguntas del cuestionario con sus respectivas instrucciones.
- ✧ Por ultimo la cuarta cuartilla fue el espacio para la técnica del diferencial semántico, el consentimiento informado, el agradecimiento y los comentarios.

3.4 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los resultados se realizó acorde a la técnica empleada, al alcance de las mismas y al objetivo de la investigación. Debido a ello, para el estudio de algunos de los resultados como lo fueron los de las *redes semánticas* y *el cuestionario CAE acerca del Pap* se decidió emplear el análisis de contenido mientras que para el *DS* se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 10), del cual se obtuvo: La estadística descriptiva que permitió conocer las medidas de tendencia central de las variables estudiadas dentro de la muestra y la estadística inferencial que determinó saber el tipo de pruebas a utilizar (paramétricas o no paramétricas).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

En el estudio se enfatizaron los siguientes aspectos:

- La confidencialidad de los datos obtenidos: A cada participante se le hizo saber que los resultados serían expuestos con fines académicos, respetando siempre su identidad.

⁵ ver anexo 1

- El respeto al anonimato: No se hizo uso del nombre de las participantes.
- La libertad de la muestra involucrada para participar: La muestra participante fue invitada, todas aquellas que decidieron colaborar lo hicieron de manera voluntaria.
- El derecho a estar informadas: Se les explicó el fin de la investigación y el uso de los resultados.

Por lo cual, la aplicación no se realizó sin antes haber comunicado a cada participante en potencia sobre el estudio y su objetivo; e informado la importancia de su participación y los acuerdos bidireccionales por cumplir (firma del consentimiento informado, resguardo y confidencialidad de la información, anonimato y libertad de participación).

*"La realidad no es lo que uno ve, sino lo que uno cree".
Anónimo*

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada en su totalidad por 100 participantes, divididas en grupos de 50 mujeres respectivamente, cuya característica excluyente para cada grupo fue la realización o no realización del Papanicolaou. Los grupos de la muestra fueron homogéneos en cantidades y características.

Con la finalidad de poder describir la muestra, los datos proporcionados fueron analizados a través del programa estadístico SPSS versión 10.

Para el reporte de resultados los grupos fueron nombrados de la siguiente manera: **GRUPO A** (Mujeres que si se realizaron el Papanicolaou) y **GRUPO B** (Mujeres que no se realizaron el Papanicolaou).

4.1.1 Variables Sociodemográficas

4.1.1.1 Edad

La edad de las participantes estuvo comprendida entre los 25 y 35 años, teniendo una media de 29.78. Por grupo, todas las encuestadas compartieron los criterios de inclusión en el momento de la aplicación del instrumento.

Tabla 1. Edad de las participantes

EDAD	GRUPO A			GRUPO B		
	\bar{X}	D.E.	Med	\bar{X}	D.E.	Med
	30.18	3.41	30.00	29.38	3.24	29.00

4.1.1.2 Escolaridad

La escolaridad de las participantes no fue pedida en años terminados por lo que la clasificación que se realizó se dividió en cursos concluidos e incompletos. Iniciando con primaria y concluyendo con postgrado, siendo un total de 12 categorías, como se muestra a continuación:

Tabla 2. Escolaridad de las participantes

ESCOLARIDAD	GRUPO A		GRUPO B	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	-	-	3	6%
Primaria	4	8%	9	18%
Secundaria incompleta	1	2%	1	2%
Secundaria	13	26%	16	32%
Preparatoria incompleta	1	2%	1	2%
Preparatoria	5	10%	4	8%
Técnica incompleta	3	6%	1	2%
Técnica	6	12%	5	10%
Profesional incompleta	1	2%	-	-
Profesional	12	24%	8	16%
Postgrado incompleto	1	2%	1	2%
Postgrado	3	6%	1	2%

Los datos expuestos reflejan que el nivel de secundaria fue el de mayor ponderación seguida del nivel profesional, reflejándose así que la población en su mayoría contó con nueve años de estudio.

4.1.1.3 Ocupación

Esta variable fue dividida en tres: trabaja, estudia o se dedica al hogar

Tabla 3. Ocupación de las participantes

OCUPACIÓN	GRUPO A		GRUPO B	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Trabajan	27	54%	22	44%
Hogar	22	44%	28	56%
Estudia	1	2%	-	-

Aunque la diferencia mostrada entre los grupos no es relevante, si es notoria, los resultados muestran que son más mujeres del **grupo A** las que se dedican al trabajo fuera de casa, mientras que las mujeres del **grupo B** se quedan en los quehaceres del hogar. O si se desea ver a la inversa se diría que son más las mujeres del **grupo B** las que se dedican al hogar mientras que las del **grupo A** salen a trabajar fuera de éste.

4.1.1.4 Estado Civil

Esta variable se dividió en las siguientes cinco opciones Casada, Viuda, Soltera, Unión Libre, y Divorciada. Reportándose en ambos grupos lo siguiente:

Tabla 4. Estado Civil de las participantes

ESTADO CIVIL	GRUPO A		GRUPO B	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	11	22%	14	28%
Casada	33	66%	29	58%
Divorciada	3	6%	1	2%
Viuda	1	2%	-	-
Unión libre	2	4%	6	12%

Como lo indica la tabla, los resultados de ambos grupos fueron similares, pues la mayoría de las mujeres reportó estar casada.

4.1.1.5 Servicio Médico

La variable servicio médico se categorizó en cinco apartados. Considerando los servicios médicos públicos con los que cuenta el país, siendo estos: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Una opción más fue denominada OTRO, con la visión de que aquí entrarían los servicios privados existentes en el área metropolitana y por último la opción NINGUNO que como su nombre lo indica es la ausencia del servicio. A continuación se muestra la distribución dentro de los grupos:

Tabla 5. Servicio Médico de las participantes

SERVICIO MEDICO	GRUPO A		GRUPO B	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
IMMS	24	48%	23	46%
SSA	3	6%	9	18%
ISSTE	1	2%	1	2%
NINGUNO	10	20%	5	10%
OTRO	12	24%	12	24%

La mayoría de las mujeres señaló tener el servicio del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que los resultados de ambos grupos fueron semejantes.

4.2 ANALISIS Y RESULTADOS DE LAS VARIABLES ESTUDIO

4.2.1 Redes Semánticas

De las redes semánticas se obtuvieron para ambos grupos la riqueza de la red (valor J) y el conjunto SAM (las diez palabras con mayor peso semántico).

En un principio la riqueza de las redes fue para el **grupo A de 68** definidoras y **53 para el grupo B**. Sin embargo se consideró prudente conjuntar palabras que fungen como sinónimos ante la descripción del fenómeno. Con base en ello, se obtuvieron 8 subconjuntos de palabras, siendo estos los siguientes:

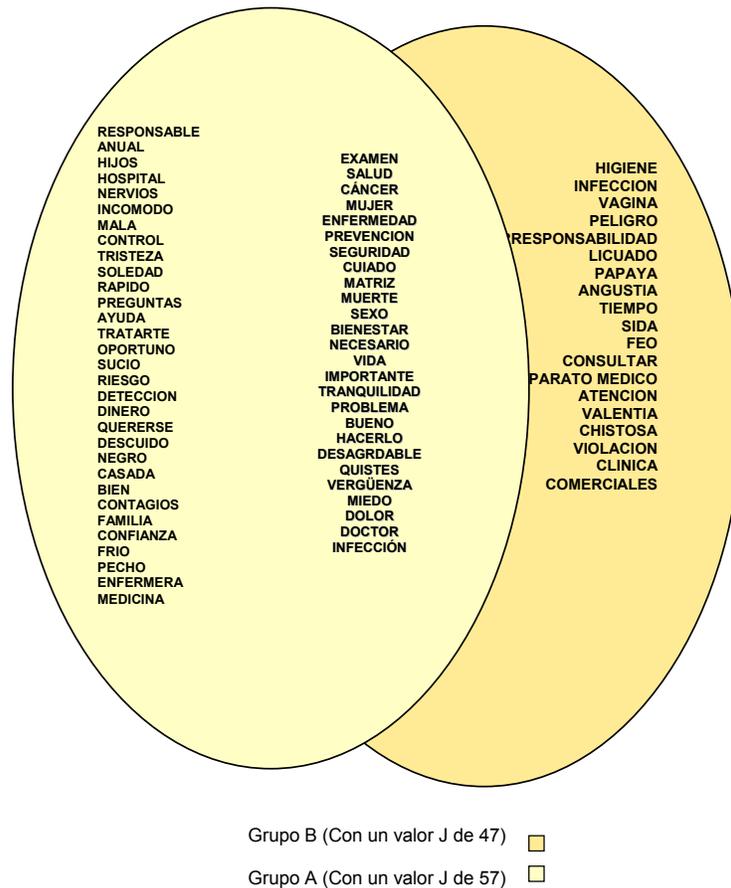
- 1.- Prueba, exámen, chequeo, revisión, estudio, exploración.
- 2.- Vergüenza, pena.
3. Nervios, preocupación.
- 4.-Temor, miedo.
- 5.- Incomodo, molestia.
- 6- Matriz, útero.
- 7.- Sexo, sexualidad.
- 8.-Doctor, ginecólogo.

Los subconjuntos, se agruparon por su definición y en base a lo decretado en el diccionario de sinónimos y antónimos; excepto el 7 y el 8, los cuales se agruparon en base a las explicaciones que se les dio dentro del contexto en el que se trabajó.

Una vez hechos los ajustes (por la creación de los subconjuntos en las palabras) los resultados de la riqueza de la red muestran que **el grupo A sigue siendo quien produjo mayor número de definidoras, al tener un total de 57 palabras, a diferencia del grupo B quienes en conjunto dieron**

sólo un total de 47⁶. Con ello, se puede decir que las mujeres que conformaron el **grupo A** poseen mayor información referida a lo que es el Pap, en contraste con el **grupo B**, esto al mostrar mayor variedad de elementos con los cuales lo definen. Observar la figura 7.

Figura 7. Total de definidoras presentadas en los dos grupos de mujeres



La figura 7 señala específicamente el contraste entre la cantidad de definidoras en los grupos y a la vez muestra en el área de traslape de los círculos las definidoras convergentes de ambos grupos (26 palabras que permiten entrever la formación de las representaciones sociales) y por ende,

⁶ ver anexo 5 y 6

en **las áreas no compartidas las definidoras no coincidentes** que cada grupo utilizó para describir lo que es el Papanicolaou, y es a través de ésta que se pudo observar no solo las diferencias entre las cantidades de las definidoras, sino también que algunas de las definidoras no afines distan de tener relación con el Papanicolaou por ejemplo, la presencia de la palabra Papaya, licuado, SIDA y violación dentro del **grupo B** y la palabras pechos y mala dentro del **grupo A**, hecho que acentúa la diferencia de información entre los grupos y su vez la cercanía ante el objeto (Pap).

En cuanto a los conjuntos SAM encontrados se puede reportar lo siguiente:

Ambos grupos compartieron siete de sus palabras definidoras (exámen, salud, prevención, cáncer, enfermedad, seguridad y mujer). Ver tabal 6 y 7.

Tabla 6. Conjunto SAM (Grupo A)

DEFINIDORAS	VMT*	FMG. **	G***
Exámen	363	100%	-
Salud	204	56.2%	159
Prevención	181	49.9%	23
Cáncer	116	32%	65
Enfermedad	88	24.2%	28
Doctor	60	16.5%	28
Seguridad	52	14.3%	8
Infeción	42	11.6%	10
Mujer	41	11.3%	1
Cuidado(s)	37	10.2%	4
G= Densidad total de la red			326/9 = 36.2

*VMT. = Peso Semántico
 **FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa
 ***G = Valor que permite cuantificar la densidad de la red semántica

Tabla 7. Conjunto SAM (Grupo B)

DEFINIDORAS	VMT*	FMG. **	G***
Exámen	260	100%	-
Cáncer	153	58.8%	107
Salud	148	56.9%	5
Mujer	145	55.8%	3
Enfermedad	126	48.5%	19
Prevención	107	41.2%	19
Doloroso	63	24.2%	44
Miedo	58	22.3%	5
Vergüenza	55	21.2%	3
Seguridad	46	17.7%	9
G = Densidad total de la red			214/9 = 23.8

*VMT. = Peso Semántico
 **FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa
 ***G = Valor que permite cuantificar la densidad de la red semántica

Al observarles queda al descubierto la existencia de la dicotomía salud/enfermedad y además se encuentra que la diferencia existente en el núcleo central de cada red es de orden jerárquico, es decir; mientras que para el **grupo A** la palabra salud se encuentra ubicada en un segundo lugar el **grupo B** la sitúa en un tercero. Lo mismo sucede con las palabras prevención, cáncer, seguridad y mujer que el **grupo A** colocó en los lugares 3, 4, 7 y 9 respectivamente y que en contraste con el **grupo B** éstas ocuparon los lugares 6, 2, 10 y 4. Las palabras exámen y enfermedad fueron las únicas en las que se coincidió para su acomodo, resaltándose con ello una vez más la dualidad salud/enfermedad (por el hecho de percibir que ante la enfermedad se hace necesario el chequeo y la prevención aunque no siempre se realice) y por ende su interrelación, permitiendo de esta manera ver que la concepción de una de ellas incluye a la otra, es decir que para ambos grupos de mujeres es un proceso, un binomio, donde no se puede hablar de una sin que este la otra.

Por su parte las palabras de los conjuntos SAM no coincidente fueron seis: Doctor, infección, cuidado (s), vergüenza, miedo y doloroso. Las primeras tres generadas por el **grupo A** y las restantes por el **grupo B**. Sus lugares de ubicación fueron los siguientes 6, 8 y 10 para el primer grupo y 7, 8 y 9 para el segundo. En su conjunto, estas palabras permiten ver la divergencia entre los grupos, pues al observarles se distingue que las palabras correspondientes al **grupo A** se clasificarían en un rubro informativo mientras que las creadas por el **grupo B** estarían en uno emocional y aunque no son las de mayor ponderación dentro de los conjuntos SAM hacen diferencia entre los grupos.

De manera general, las variaciones existentes entre las definidoras del conjunto SAM se muestran en las figuras 9 y 10, en ellas se explicita gráficamente los contrastes entre los grupos.

Figura 8. Grafica de variaciones entre las definidoras de los conjuntos SAM según la distancia semántica

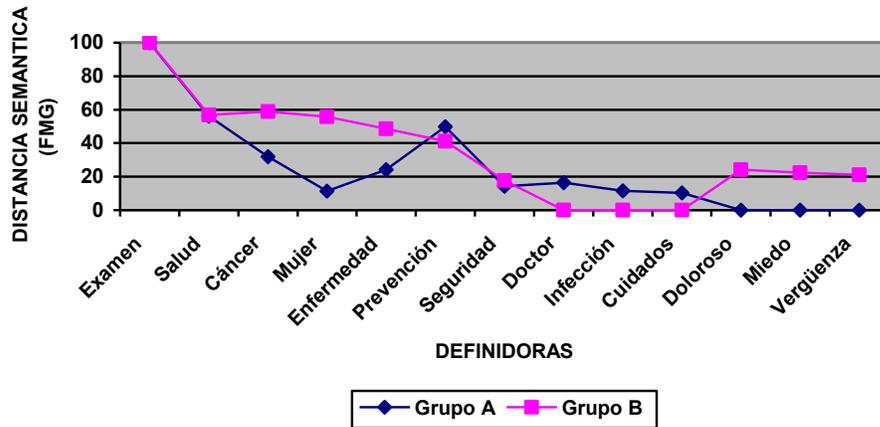
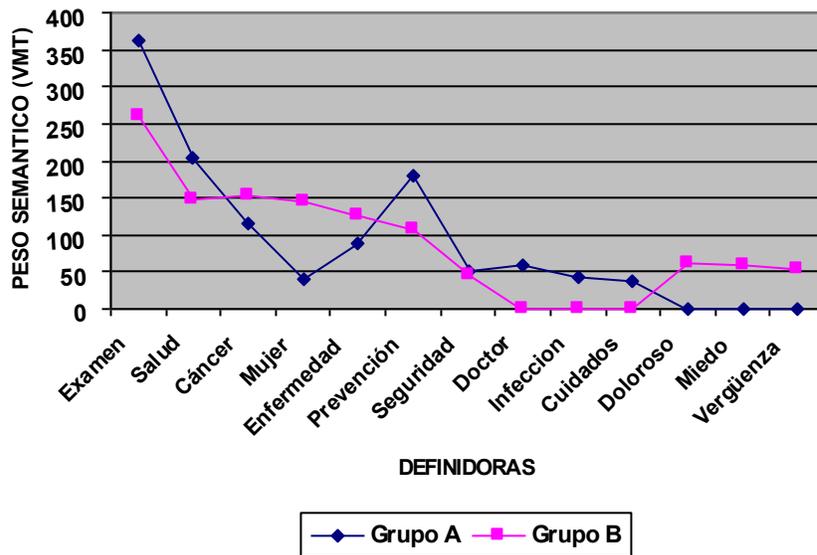


Figura 9. Grafica de variaciones entre las definidoras de los conjuntos SAM según el peso semántico



Hasta aquí, se observa que una de las diferencias entre los grupos es la información con la que se cuenta y por ende la cercanía que se tiene con el examen de detección oportuna (Pap). Con el fin de corroborarlo y complementar lo hasta ahora descrito a continuación se mostrara la información obtenida a través del cuestionario CAE acerca del Pap.

4.2.2 Cuestionario CAE (creencias, actitudes y emociones) acerca del Pap

Técnica a partir de la cual se obtuvo información específica de las dimensiones de estudio (creencias, actitudes y emociones). Debido a la característica de la misma, para su análisis se optó por desarrollar estrategias que permitieran exponer los datos encontrados y mostrar así la riqueza del discurso de las participantes y por ende el desglose de los elementos que enmarcan las dimensiones de las representaciones sociales. Generándose así esquemas no estadísticos denominados: Esquemas de frecuencias.

Los esquemas de frecuencias como su nombre lo indica reportan las frecuencias obtenidas por grupo de las respuestas otorgadas por las participantes y categorizadas. La diferenciación se hace por medio de las siglas GA (grupo A) y GB (grupo B) y el acompañamiento numérico que bien puede anteponer las siglas o precederlas.

Los esquemas de frecuencia se constituyen por un núcleo que contiene la palabra o en su defecto oraciones detonadoras a partir de las cuales se desprenderán las agrupaciones o categorías creadas. Por ello, la estructura de estos permite realizar una lectura completa sin seguir un orden secuencial, es decir se puede comenzar de derecha a izquierda o viceversa, según lo decidan los lectores.

El análisis mostrara cuatro esquemas de frecuencias (tres de ellos para cada una de las variables estudio y uno más que alude a la cercanía cultural de la enfermedad, CaCu).

Además a través de ellos se permite exponer y comparar la información encontrada entre los grupos sin dejar de lado aspecto alguno como a continuación se muestra:

*S DE 3° = Sugerencia de terceros, ** C = Cuestiones Personales, + C = Centrado

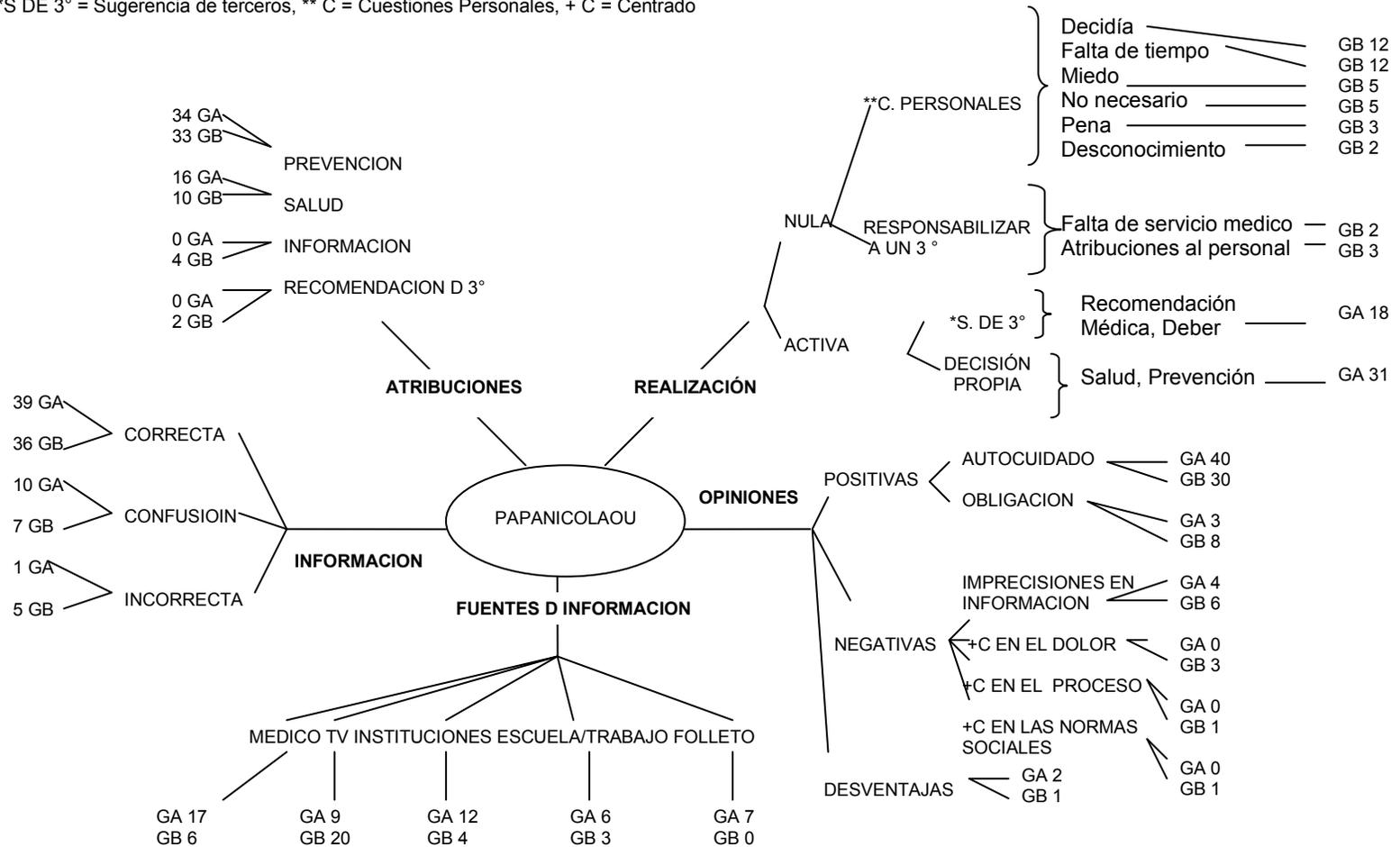


Figura 10. Esquema de frecuencia: Creencias hacia el Papanicolaou

La figura 10, nos muestra de manera concreta las explicaciones que las mujeres de ambos grupos realizan acerca del Papanicolaou. La categorización de este esquema de frecuencia se obtuvo de las respuestas a las preguntas: ¿Conoce que es el Papanicolaou?, ¿Qué es?, ¿La información que sabe cómo la obtuvo o de quién obtuvo la información?, ¿Qué piensa acerca del Papanicolaou?, ¿Cree usted adecuado realizarse el Papanicolaou? ¿Por qué? y ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez? Las explicaciones creadas por las participantes en este caso, son la organización constante de sus percepciones y cogniciones acerca del objeto (Papanicolaou), es decir las creencias que se tienen y se manifiestan por medio de la palabra y de las cuales se generaron las siguientes categorías presentes en el esquema de frecuencia: **Opiniones** (expresiones evaluativas acerca del objeto), **Información** (clasificación del conocimiento acerca del objeto), **Fuentes de información** (de quien o como se obtiene la información del objeto), **Atribuciones** (concesiones otorgadas al objeto) y **Realización** (acción hacia la practica o no del objeto). Que a su vez se clasifican teóricamente dentro de la siguiente tipología de creencias: *Descriptivas* porque provienen de la observación directa y sobre todo de la experiencia y del contacto personal con el objeto e *informativas* porque provienen de informaciones que proceden del exterior, otras personas, medios de comunicación, entre otros.

Por otra parte al analizar el esquema de manera desglosada se distinguieron las siguientes variantes que por su contraste se hace interesante mencionar e inferir sobre ellas:

Fuentes de información: En esta categoría es merecido resaltar que para los grupos existió una gran variación en la obtención de la información con la que se cuenta acerca del Pap, pues mientras que para el **grupo A** la información fue otorgada por una fuente directa como son los Doctores, para el **grupo B** esta información provino de los medios masivos de comunicación, específicamente de la televisión, evidenciándose así la desigualdad en

interacción y aprehensión del conocimiento. En este sentido, puede decirse que este hecho posibilita la existencia de información distorsionada o poco certera para las mujeres del **grupo B**, pues recordemos que tener el conocimiento de fuentes directas enriquece y contribuye al cese de mal entendidos o información equívoca a diferencia de obtenerla por medio de un tercero que bien puede que su información no se del todo fidedigna. De ahí la importancia de los datos encontrados en esta categoría ya que las representaciones sociales se van conformando de lo adquirido en el entorno y su acontecer y es de él de donde se adquiere en su mayoría la información, misma que ayuda para comprender la vida diaria y lo que en ella acontece.

Realización: Se Connoto que para la acción hacia la práctica o no del Pap en ambos grupos se ven involucrados dos aspectos: el personal y la intervención de terceros (ya sea con sus opiniones o mediaciones). Ante esta presencia dicotómica es importante destacar que para ambos grupos la intervención de un tercero sigue resaltando la adjudicación de la responsabilidad en él, evadiéndose así la responsabilidad propia ante la salud, hecho que sin duda sigue frenando el entendimiento de las cuestiones preventivas y por consecuencia su impacto. Y por otra parte las cuestiones personales reflejan la cercanía con el objeto y la información que se tiene sobre él.

Opiniones: En ella se refleja que el exámen de detección oportuna (Pap) fue evaluado de manera positiva principalmente por considerarse como una forma de autocuidado. Y aunque existe diferencia notoria en la incidencia de frecuencias entre los grupos, esta se considera no determinante. Así mismo en las **Atribuciones** ambos grupos coincidieron en que la principal atribución hacia el Pap es la preventiva, esto concuerda con lo encontrado dentro de la categoría de **Información**, en donde queda explícito que el conocimiento con el que se cuenta es correcto, de ahí que la principal adjudicación sea la prevención, seguida de la salud (donde el **grupo A** obtiene mayor incidencia

que el B). Sin embargo, para estas tres últimas categorías donde se reflejó el lado positivo del Pap cabría preguntarse antes de tomarlo como un hecho decisivo que tanto de deseabilidad social se reflejó en las respuestas otorgadas, de lo contrario se caería en presuponer que la acción que precede a tal acontecer es la realización del mismo, suceso que no ocurre porque la mitad de las mujeres participantes nunca se han realizado el Pap reflejándose nuevamente las contradicciones del pensamiento social y por ende de la presencia de las representaciones sociales del Pap.

Por otra parte, las actitudes reportadas por las participantes de ambos grupos hacia la realización del Pap, quedan explícitas en la siguiente figura:

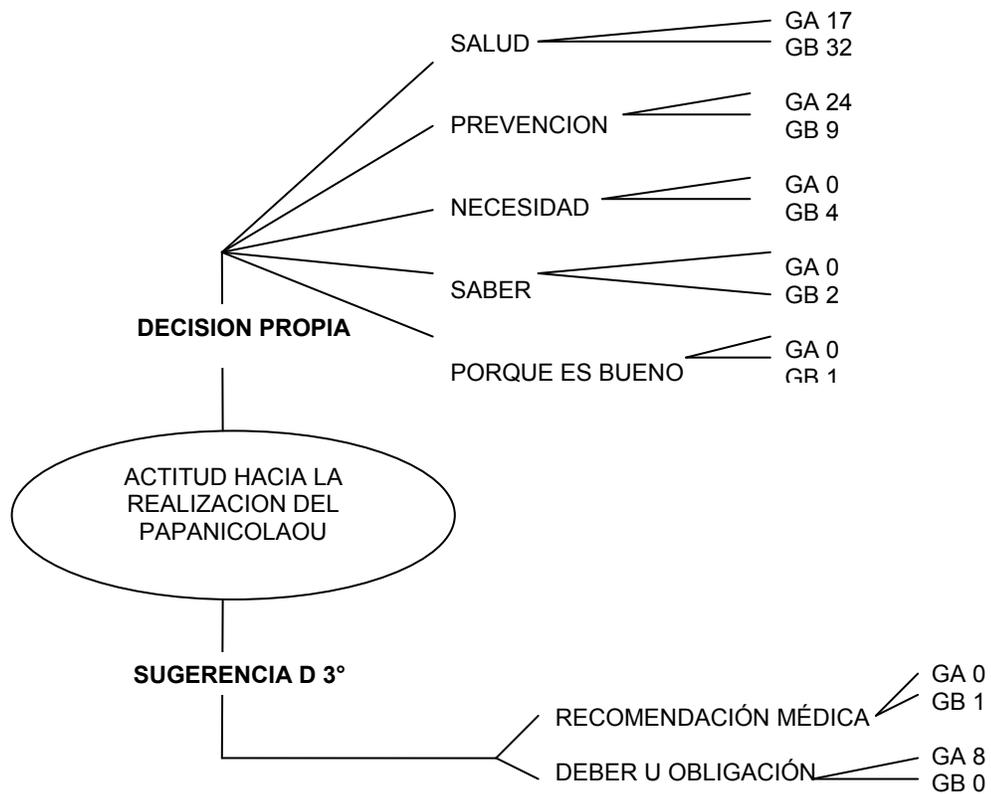


Figura 11. Esquema de frecuencia: Actitud hacia la realización del Papanicolaou

En éste esquema se distinguen solamente dos rubros denominados: Decisión propia y Sugerencias de terceros que como sus nombres lo indican el primero refiere a las decisiones por las que las mujeres acudirían a efectuarse el Pap y el segundo alude a las indicaciones que un tercero en cuestión hace para que se lo realicen. Para la creación de estas categorías se tomaron las respuestas emitidas por las participantes a las preguntas ¿Piensa seguir realizándose el Papanicolaou? ¿Por qué? (para el **grupo A**) y ¿Piensa realizarse el Papanicolaou alguna vez? (para el **grupo B**) del cuestionario.

En este caso particular, se distingue que la *dirección* de la actitud para ambos grupos fue positiva, es decir se evidencia la aceptación del Pap como medida de prevención y cuidado de la salud, sin embargo es posible reconocer que a pesar de ello, la *intensidad* de la actitud hacia éste se encuentra en una posición mínima, debido a que el 50% de las mujeres no se lo han realizado. En este sentido al comparar los grupos, se obtuvo que para **el grupo A** la actitud hacia la realización del Pap se vincula principalmente a la prevención, mientras que para **el grupo B** se enfoca en la salud. Situación que enmarca la participación de las mujeres del **grupo A** para el desarrollo de su salud, contrario a ello **el grupo B** muestra desidia al esperar y dejar recaer en terceros la responsabilidad de su salud.

Por otra parte es interesante observar que a pesar de tener un consenso entre ambos grupos donde se apunta hacia una actitud positiva, existen elementos que en menor medida resaltan. Tal es el caso de algunas mujeres del **grupo A** que consideran que la realización del Pap se debe hacer por sugerencia de un tercero. Además de ser vista específicamente como un deber u obligación que les corresponde por ser miembros activos de la sociedad, es decir, es asimilado como una situación ajena pero importante por cumplir. Hecho que si bien no determina, si compromete el entendimiento de la salud y la corresponsabilidad que se tiene consigo mismo para el cuidado de ésta.

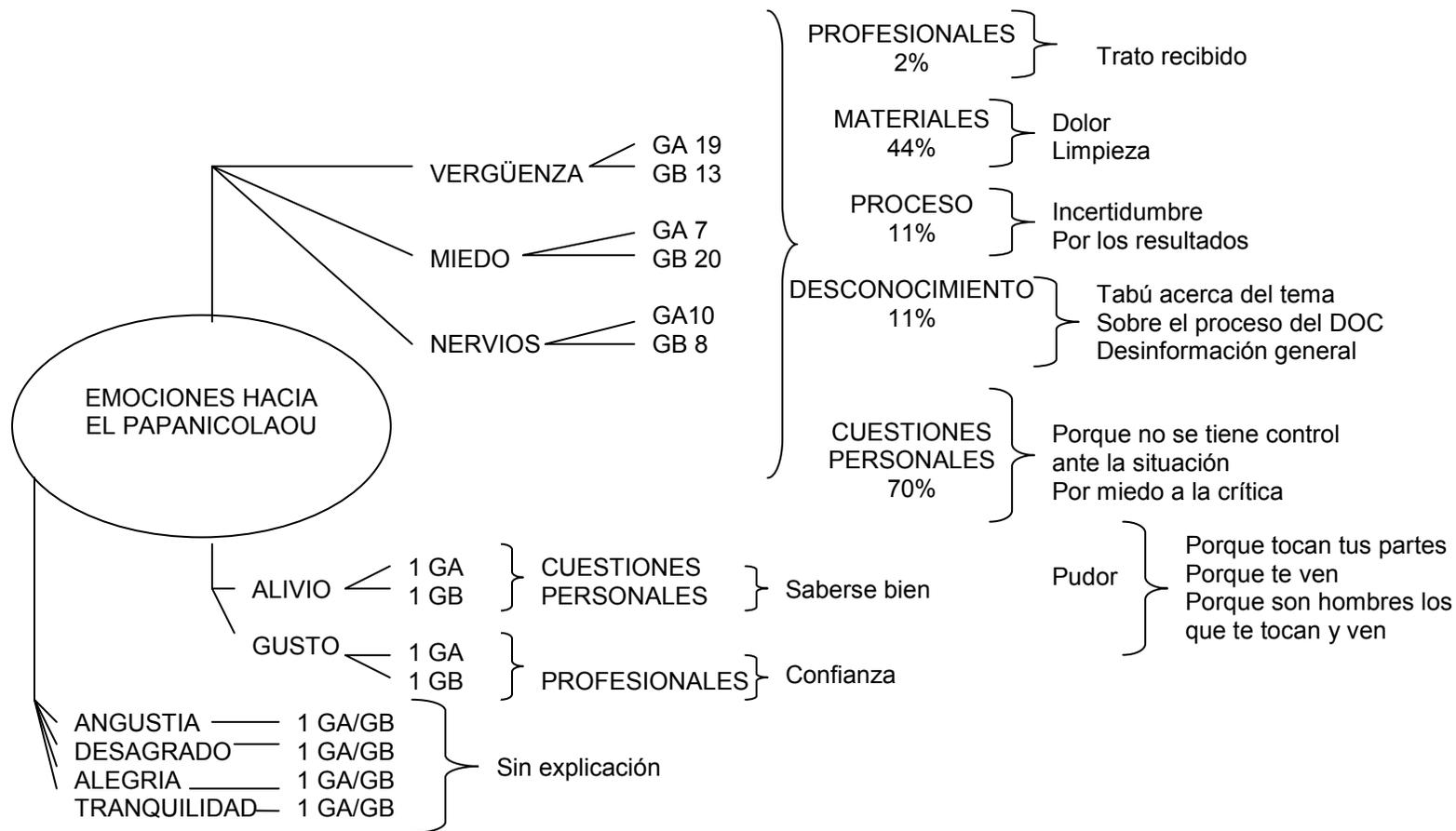


Figura 12. Esquema de frecuencia: Emociones hacia el Papanicolaou

Las emociones suelen ser brújulas que orientan a los individuos en cada una de las situaciones que puedan vivir, por ello se dice que la principal función de éstas es la organización, que posteriormente culminará con la resolución de algún hecho. Ésta descripción, permite entender lo encontrado dentro de los grupos de mujeres al cuestionarles sobre el sentir ante la realización del Pap.

Lo obtenido, se esquematizó en la figura 12. En ella se reflejan las respuestas que se dieron a las preguntas ¿Qué emoción sintió? ¿Por qué? (para el **grupo A**) y ¿Qué emoción le causa el pensar realizarse o hacerse el Papanicolaou? (para el **grupo B**) del cuestionario.

De manera general la información se clasifica en dos categorías: Emociones negativas y Emociones positivas, que como ya su propio nombre lo indica se distinguen por tener una polaridad divergente hacia el objeto (Pap). Dentro de las emociones negativas se agruparon las siguientes: vergüenza, miedo, nervios, angustia y desagrado. Por otra parte se distinguieron las siguientes emociones positivas: alegría, tranquilidad, alivio y gusto.

En su conjunto dentro de las emociones negativas se albergaron la mayoría de frecuencias otorgadas por las participantes, donde la emoción *miedo* puntuó seguida de la *vergüenza* y los *nervios*. A su vez dentro de esta mayoría las mujeres mencionaron los aspectos que consideraron se involucran y producen la existencia de las ya mencionadas emociones. Quedando categorizadas en orden jerárquico de la siguiente manera: **Cuestiones personales** (Aspectos individuales que se hacen presentes), **Materiales** (instrumentos utilizados en el proceso del Pap), **Proceso** (Fases que se cumplen para la realización del Pap), **Desconocimiento** (Carencia parcial o total de información certera sobre el Pap y su proceso) y **Profesionales** (Gente del sector salud capacitados e identificados como los principales involucrados en el proceso del Pap).

Por otra parte, tenemos a las emociones positivas que a diferencia de las negativas, tienen menor incidencia; sin embargo, no por ello resulta menos interesante su hallazgo o su existencia, ya que por sí solas logran reunir dos categorías encontradas dentro de las explicaciones para las negativas siendo estas: *Cuestiones personales* y *Profesionales*, dejando ver así su contraparte.

En este sentido, y con lo visto hasta ahora, no cabe duda de que el Pap es percibido como una situación útil y favorable, sin embargo el proceso de realización y todo lo que circula a su alrededor desencadena reacciones desfavorables, como lo es la *vergüenza* a ser vistas y tocadas, el *miedo* a sentir dolor, los *nervios* por los resultados y las fases de toma de la muestra. Lo anterior, se refleja al leer comentarios como los siguientes: *“Me da miedo porque me han dicho que es muy doloroso, de hecho mi mamá me dice que es como si te violaran”, “ Me dio vergüenza a que me vieran y tocaran porque mi intimidad y mi desnudez era siempre de mi pareja y se lo adjudico a que era un doctor y no una doctora”, “Sentí vergüenza porque no estas acostumbrada a que en tus revisiones tengas que despojarte de tu ropa, y a la vez me sentí agredida al levantar las piernas, quitarme la ropa y que todos me vieran en el sector salud”, “Me da vergüenza porque no es normal para mí desvestirme enfrente de alguien que no conozco, además de que el doctor esta tocándome y tiene la cabeza casi metida en mi vagina”, “Me dio nervios, será porque aquí en México así somos para estas cosas malpensados, como que pienso que las personas que lo realizan a de decir: ¡ésta como esta! y a aunque uno no es doctora o enfermera eso piensa, creo que en parte es ignorancia”, “La verdad me da un poco de miedo porque me han contado experiencias muy feas de él”, “Me da miedo, será porque mis hermanas que ya se lo han hecho me trauman”, “Me da un poco de nervios porque dicen que duele y miedo a que no haya limpieza en el centro de salud”, “Me da miedo a que me vaya salir que tengo algo”, “Me da nervios al resultado y a la forma en que te lo hacen”.*

Por tanto, queda claro que las emociones si bien no determinan si comprometen la decisión hacia el Pap.

Por último se encontró la relación directa (dentro de la familia) o indirecta (fuera de la familia) que las mujeres han tenido con la enfermedad (CaCu), en otras palabras la cercanía cultural que se tiene con este fenómeno. La figura 13 lo muestra. Las categorías se obtuvieron de las respuestas dadas a las preguntas ¿En su familia alguien ha sido diagnosticada con Cáncer Cervicouterino? y ¿Alguien cercano a usted ha padecido o padece de Cáncer Cervicouterino? del cuestionario.

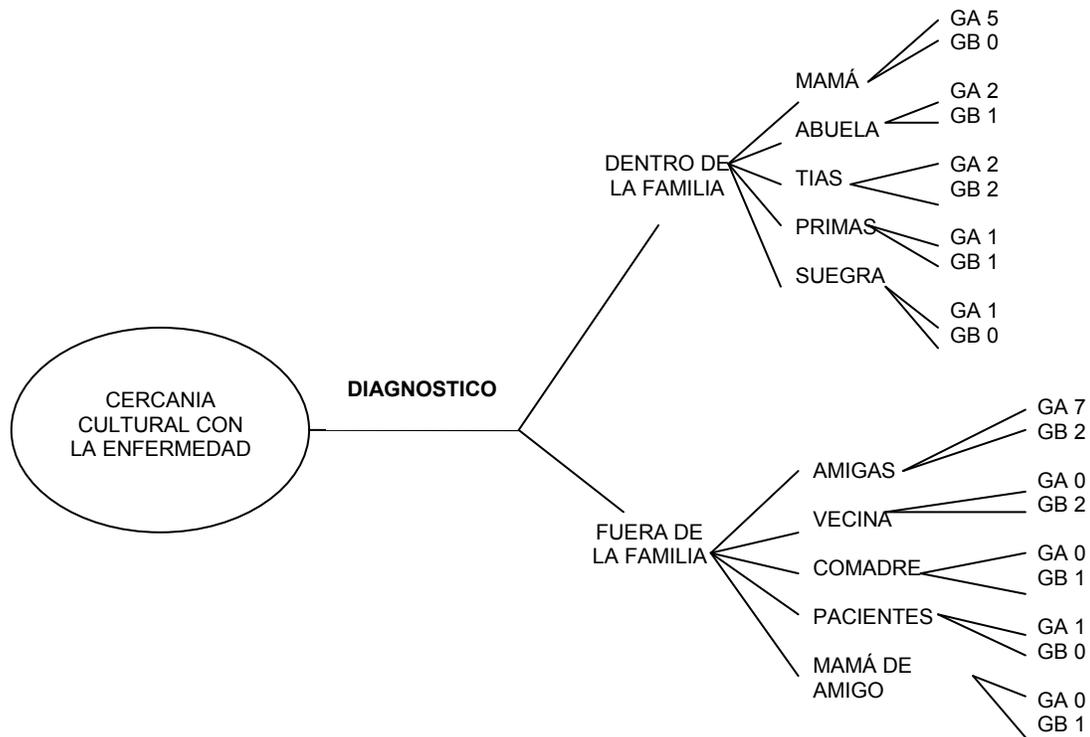


Figura 13. Esquema de frecuencia: Cercanía cultural con la enfermedad (CaCu)

Los resultados expuestos en el esquema de frecuencia indican que las mujeres del **grupo A** son las que han tenido mayor contacto con la enfermedad y su vivencia, dentro y fuera de la familia, al observarse que estas comprenden un 36% a diferencia de las mujeres **del grupo B** quienes sólo conformaron el 20%. Analizando estos resultados con los encontrados dentro de las creencias y actitudes se podría pensar que para el **grupo A** el hecho de

acudir a la realización del Papanicolaou se basa además del conocimiento correcto y una actitud positiva ante éste, en la cercanía que se ha tenido con la enfermedad, lo que nos llevaría a hipotetizar que a mayor cercanía con la enfermedad y sus consecuencias mayor probabilidad de realizarse el Papanicolaou y por ende a menor cercanía con ésta menor probabilidad de realizárselo.

Se distingue que las personas mayormente relacionadas con la enfermedad dentro de los grupos fueron: las madres (para el **grupo A**) y las amigas (para el **grupo B**). Que sin duda son figuras representativas y redes de apoyo importantes para el género. Comparando este hecho, cabría atreverse a pensar que el lazo afiliativo, como lo es el de la madre, representa un elemento influyente para la realización del Pap sin olvidar el conocimiento, las actitudes y emociones positivas. E igual de relevante se hace resaltar que dentro de los comentarios que permitieron la clasificación y la creación del esquema no figuraron los profesionales de la salud y mucho menos las instituciones, este hecho acentúa que son las redes sociales la principal fuente de información y el vínculo entre el objeto y su entendimiento.

En cuanto a la vivencia se refiere, las mujeres de ambos grupos coincidieron en mencionar que la cercanía a la enfermedad provoca: Tristeza, dolor, desestabilidad individual y familiar, miedo, dificultad, sufrimiento, y desesperación. Lo que en el argot psicológico sería denominado *crisis*, todo ello ante la posibilidad de una pérdida objetiva o subjetiva.

Haciendo una breve revisión hasta aquí, se puede ver que la diferencia entre grupos no es sólo la información con la que se cuenta, sino la generalización de ésta. Entorno a ella, giran las justificaciones (falta de tiempo y decidía) y reacciones emocionales (miedo y vergüenza) para postergar la realización del exámen. Ante este hecho también se hace explícita la deseabilidad social pues las connotaciones generales por parte de los grupos

hacia el objeto se manifiestan positivas. Con esta información se cierra el presente apartado y se muestra lo obtenido con la segunda técnica, dando pie a exponer lo encontrado en el diferencial semántico para corroborar o complementar lo datos hasta ahora presentados.

4.2.3 Diferencial Semántico

El diferencial semántico fue la tercera y última de las técnicas utilizadas dentro del instrumento. A través de él, se distinguió la actitud que las mujeres mostraron hacia el objeto de estudio, aunado a ello se revelaron los siguientes resultados:

Con base al rango establecido para la escala, en el **grupo A** los cinco adjetivos bipolares que describieron con mayor fidelidad al objeto (Papanicolaou), fueron simultáneamente *Prevención/Descuido* y *Conciencia/Inconciencia*, seguidos de *Responsabilidad/Irresponsabilidad*, *Seguridad/Inseguridad* y *Salud/Enfermedad*. Mientras que para el **grupo B** los adjetivos manifiestos resultaron ser: *Responsabilidad/Irresponsabilidad*, *Prevención/Descuido*, *Seguridad/Inseguridad*, *Conciencia/Inconciencia* y *Salud/Enfermedad*.

Lo anterior se corrobora al observar la tabla 8, misma que muestra las medidas de tendencia central y la comparación entre los grupos en relación a los adjetivos bipolares, de los cuales resultaron significativos ($p < .01$) los rubros: ***Conciencia/Inconciencia*** y ***Valentía/Miedo***.

Las particularidades de esta diferenciación consistieron en que para el **grupo A** las ponderaciones de ambos adjetivos fueron mayores y con un sentido positivo a diferencia de las obtenidas por el **grupo B** en donde dentro del adjetivo *Valentía/Miedo* su dirección puntuó negativamente. Evidenciándose de esta forma que la actitud dentro de los adjetivos antes

mencionados tenga una convergencia de polaridad, donde para el **grupo A** se considere al objeto como un acto más cercano a valentía y conciencia y para el **grupo B** implique una proximidad mayor hacia el miedo y a la conciencia que si bien esta es similar en polaridad al **grupo A** su diferencia radica en puntuación.

Estos resultados complementan lo encontrado dentro de las otras dos técnicas y a la vez permiten corroborar los datos y dar un sentido a lo hallado, pues el obtener la variabilidad en las actitudes de los grupo sólo reafirma las diferencias existentes, en información y en afrontamiento (entendido como el actuar hacia el objeto) y a la vez exponen la contrariedad del pensamiento social que refleja la presencia de las representaciones sociales.

Tabla 8 Medidas de Tendencia Central y Comparación del Diferencial Semántico por grupo

ADJETIVOS BIPOLARES	MEDIANA		MEDIA		D.E.		RANGO DE LA ESCALA	PRUEBA U DE MANN-WITNEY
	GA	GB	GA	GB	GA	GB		
Salud Enfermedad	3.00	3.00	2.02	1.42	1.83	2.30	± 3-0	Z= -1.248
Responsabilidad Irresponsabilidad	3.00	3.00	2.50	2.34	1.31	1.44	± 3-0	Z= -.542
Prevención Descuido	3.00	3.00	2.58	2.24	1.18	1.55	± 3-0	Z= -1.249
Seguridad Inseguridad	3.00	3.00	2.36	2.06	1.47	1.80	± 3-0	Z= -.790
Comodidad Incomodidad	.00	-.50	-.02	-.04	2.21	2.51	± 3-0	Z= -1.75
Conciencia Inconciencia	3.00	3.00	2.58	1.72	1.07	2.00	± 3-0	Z= -2.645*
Valentía Miedo	1.50	-1.00	.82	-.46	2.18	2.43	± 3-0	Z= -2.607*
Tranquilidad Nervios	.00	-1.00	-.02	-.64	2.39	2.32	± 3-0	Z= -1.354
Placer Dolor	-1.00	-.50	-.42	-.68	2.20	2.18	± 3-0	Z= -.589
Desinhibición Vergüenza	-1.00	-2.50	-.84	-1.08	2.04	2.36	± 3-0	Z= -1.023

* Significativa al .01

Por otra parte cabe destacar que aunque no significativos, se encontraron datos que por sus resultados se hacen interesantes ahondar, tal es el caso de los adjetivos: Desinhibición/Vergüenza, Placer/Dolor, y Tranquilidad/Nervios quienes al igual que Comodidad/Incomodidad coinciden en tener puntuaciones próximas al 0, hecho que por si sólo los relaciona entre si y además llama la atención debido a que su polaridad es negativa, dando como resultado que tengan una inmediatez mayor hacia una actitud negativa resaltando el dolor, los nervios, la incomodidad y la vergüenza ante el objeto. Siendo este último el que más puntuación da, corroborándose con ello que la vergüenza que las mujeres experimentan hacia el proceso es relevante.

En cuanto al resto de los adjetivos bipolares ya nombrados al inicio del escrito sólo resta decir que estos a pesar de compartir el mismo sentido de polaridad difieren en su ponderación dando como resultado que las tendencias se distingan por grupo, siendo el **grupo A** quien muestre con repetición estar por arriba del **grupo B** y por ende ser más cercano a la Salud, Seguridad, Prevención, Responsabilidad y Conciencia.

A continuación se muestra gráficamente las variaciones de medias por adjetivos bipolares entre los grupo como resultado de la aplicación del DS

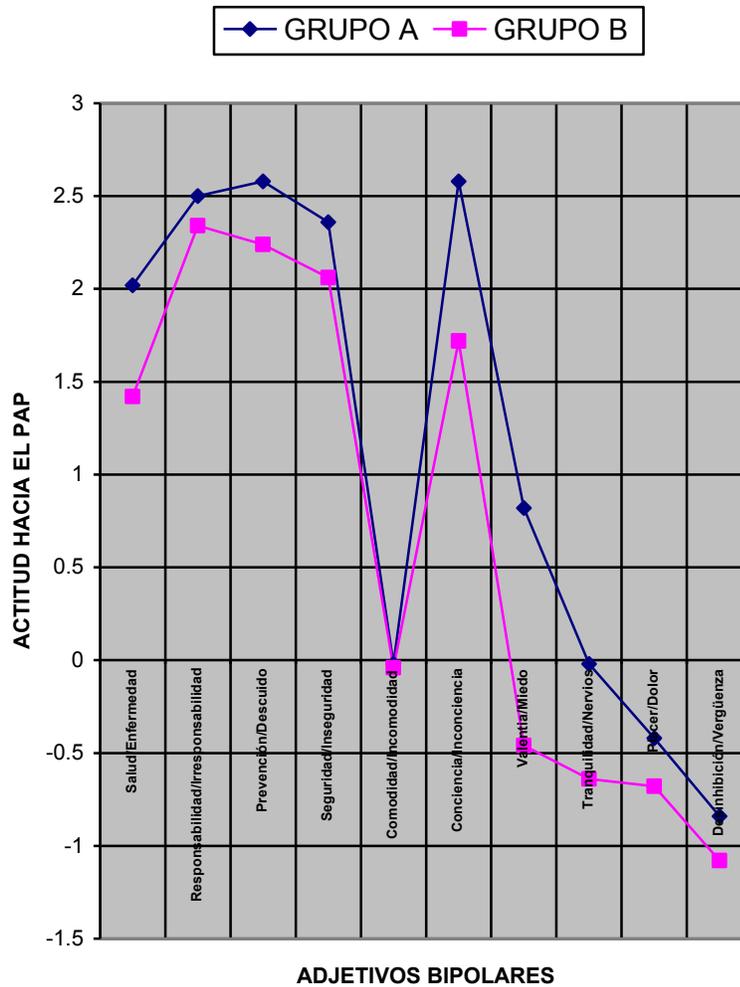


Figura 14. Grafica de variaciones entre los ítems que conformaron las escalas bipolares del Diferencial Semántico

De manera general el dato que representa y engloba la variabilidad entre grupos fue la actitud total encontrada para cada uno de ellos, en la tabla 9 se muestra la existencia de dicha diferencia al enmarcar que es el **grupo A** quien visualiza al objeto con una actitud positiva mayor que la del **grupo B**. Con ello sólo se reafirma y resume lo antes descrito.

Tabla 9 Actitud global hacia el Pap

ACTITUD GLOBAL	GRUPO A	GRUPO B
	1.56	.688

4.3 VARIABLES Y SU RELACION

Para distinguir las representaciones sociales que las mujeres de ambos grupos tuvieron sobre el Pap, se optó por construir esquemas lineales que surgieron de la información proporcionada en cada una de las técnicas.

4.3.1 Representación Social del Pap para el grupo A

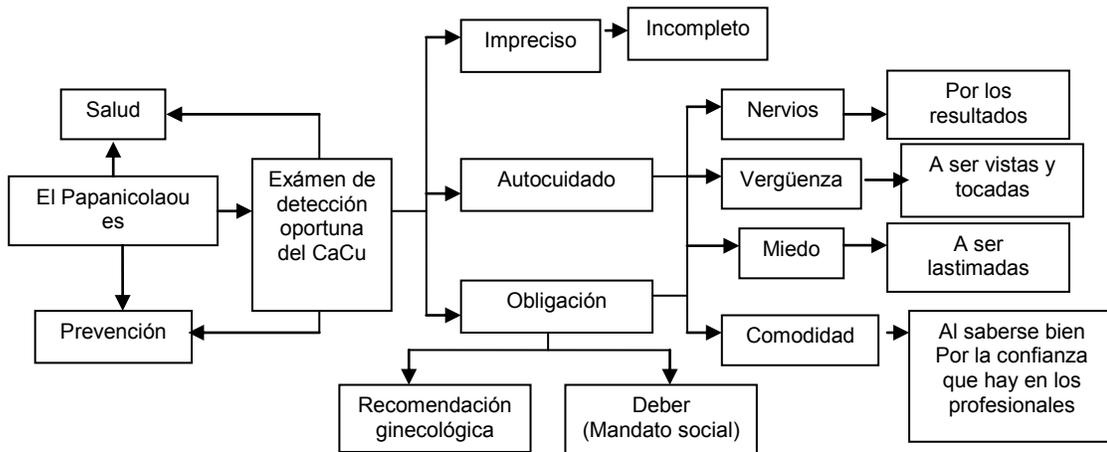


Figura 15. Esquema lineal del grupo A

Los resultados obtenidos de este grupo explicitan que las participantes identificaron correctamente al Pap como el examen de detección oportuna del cáncer cervicouterino y a su vez como prevención y salud, creando así un proceso cíclico favorable. Sin embargo de él no solo se destacaron aspectos positivos, sino también negativos, al explicar que el Pap es impreciso por ser incompleto en la obtención de información suficiente para los resultados e implicar una obligación que se cumple como un mandato social o por una recomendación médica, de igual manera estos aspectos (positivos y negativos) se vincularon al coincidir en las reacciones que provoca al realizarlo, siendo estas: Los nervios (por los resultados) el miedo (a ser lastimadas), la vergüenza (a ser vistas y tocadas) y la comodidad (al saberse bien y por la confianza que hay en los profesionales).

4.3.2 Representación Social del Pap para el grupo B

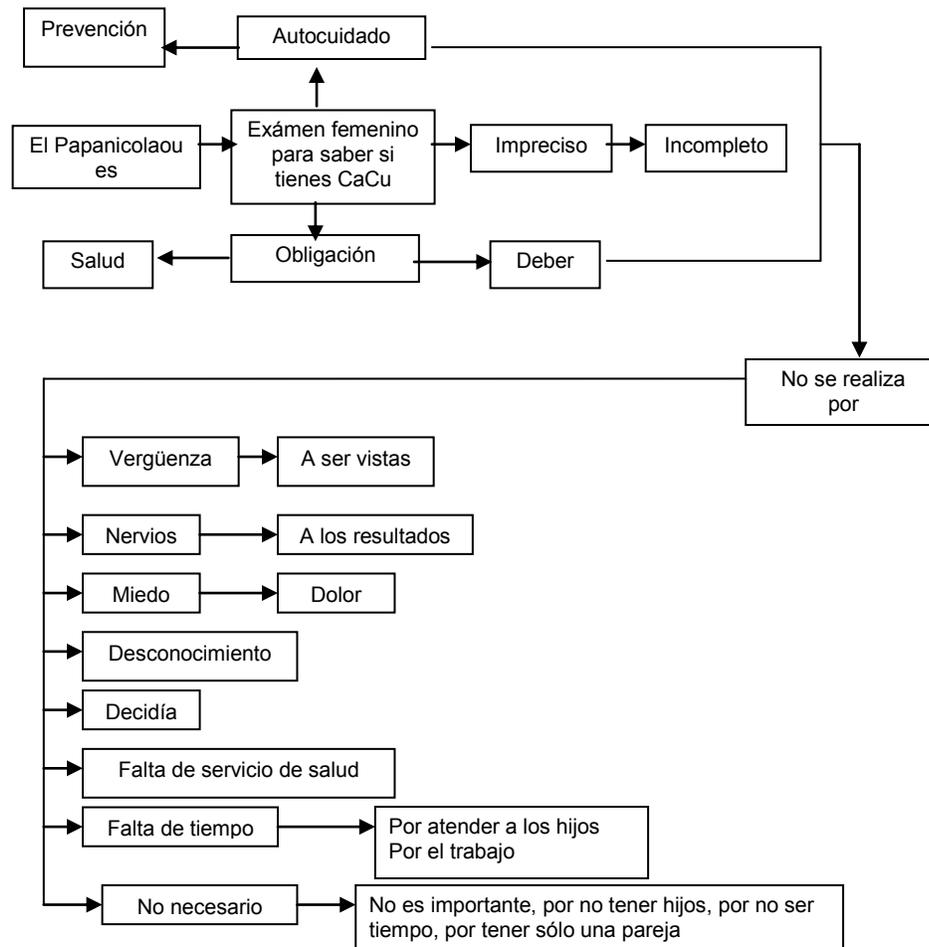


Figura 16. Esquema lineal del grupo B

Para este grupo de mujeres el Pap fue considerado como un exámen que se efectúa para el gremio femenino y sirve para saber si se tiene cáncer cervicouterino. Además de contemplarse por una parte como una forma de autocuidado que lleva a la prevención y en otro sentido una obligación que se entiende como un deber con el cual se consigue la salud. Con ello se ve que si bien se tiene el conocimiento acerca de lo que es el Pap, su identificación se hace más descriptiva y por ende menos específica y especializada, lo que indica la existencia de un número mayor de información e ideas no siempre claras o certeras acerca del objeto (Pap), esto se refleja al observar que las

explicaciones que dan para postergar o no realizarse el exámen fueron: por desconocimiento, vergüenza (a ser vistas), miedo (al dolor), nervios (a los resultados), falta de servicio de salud, decidía, falta de tiempo (por atender a los hijos o por el trabajo) y por no considerarlo necesario (porque no es importante, porque no tienen hijos, por tener sólo una pareja, por no ser tiempo). Por último, las participantes también destacan la imprecisión del mismo al considerarlo como incompleto para su función.

4.3.3 Relación entre las Representaciones del Pap y la realización de éste: Creencias, Emociones y Actitudes

Para identificar y caracterizar las posibles relaciones entre las variables y obtener así la respuesta a una de las preguntas de investigación, se optó nuevamente por elaborar esquemas no estadísticos denominados pictóricos que fungieron como guías para el entendimiento de los resultados.

4.3.3.1 Relación entre las creencias, actitudes y emociones hacia el Pap en el grupo A

El esquema pictórico que a continuación se muestra, simboliza la relación elaborada por el **grupo A** en función del objeto y su realización. A través de él se expresa que las creencias fueron el elemento más estable (núcleo central) que garantizó la presencia de la representación social del Pap y en relación directa con ellas se encontró a las actitudes, quienes fungieron como el componente periférico de gran proximidad al núcleo, desempeñando con ello la concreción del significado de la representación y como último elemento se mostraron las emociones, quienes a una distancia aún mayor (según lo expresado por las participantes) del núcleo su función fue justificar la significación, es decir, ambas unidades (actitudes y emociones) fueron determinadas por las creencias, obteniéndose así que para este grupo la relación creencia-actitud, actitud-creencia fuera más estrecha y directa en comparación con la relacione actitud-emoción y a su vez esta lo fuera en

comparación con creencia-emoción, sin embargo ello no implica que éstas dos últimas relaciones sean menos importantes o influyentes para el objeto.

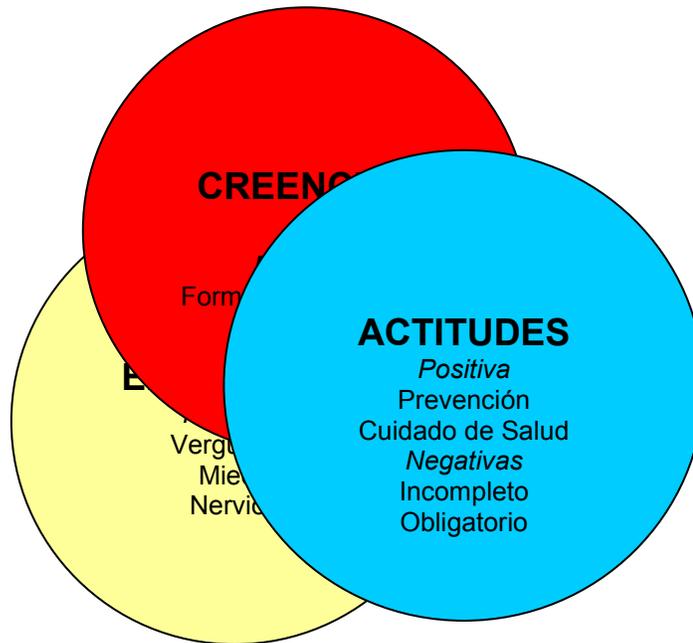


Figura 17. Esquema pictórico del grupo A

4.3.3.2 Relación entre las creencias, actitudes y emociones hacia el Pap en el grupo B

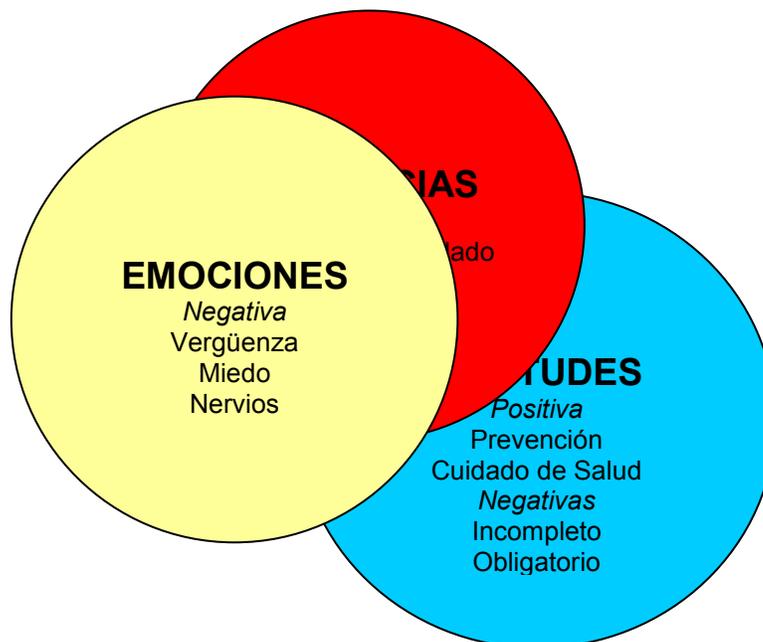


Figura 18. Esquema pictórico del grupo B

Como lo muestra el esquema pictórico, para este grupo la relación existente entre el objeto y su realización estuvo enmarcada por la coincidencia con el **grupo A** en el acomodo de los elementos (emociones y actitudes) alrededor de las creencias, sin embargo la varianza presentada en ellos fue la colocación de los mismos, pues mientras que para el **grupo A** las emociones eran quienes justificaban el significado del objeto, en esta relación lo concretizan y a la inversa las actitudes lo justifican, entendiéndose de esta forma que el núcleo central del grupo fueron las creencias y a la distancia el primer elemento periférico lo fueron las emociones seguidas de las actitudes, por tanto la relación más estrecha estuvo entre las creencias-emociones y viceversa quedando en segundo lugar las emociones-actitudes y por último la relación actitudes-creencias y aunque rezagadas no puede pensarse que son limitadas debido a que éstas también poseen influencia hacia el objeto.

De esta manera se concluye que el elemento más influyente casi determinate en ambos grupos fueran las creencias y su relación con las actitudes (**para el grupo A**) y emociones (**para el grupo B**). Con ello, se da respuesta a las preguntas planteadas y de igual forma se aceptan las hipótesis.

“Nada puedes enseñar al hombre; sólo puedes ayudarlo a encontrarse dentro de sí mismo”.
Galileo

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados encontrados dentro de este estudio reflejaron en primera instancia que las **creencias** fungieron doble función (facilitadora y obstaculizante) hacia el objeto, lo cual las ubico como el primer elemento ambivalente. Esta dualidad acerco o en su defecto alejo a las mujeres de llevar a cabo la conducta, ante esto se reafirma lo expuesto por Ortega y Gasset (1968; en Fernández, 2006) quienes refieren que toda conducta dependerá de cual sea el sistema de creencias, es decir la organización de cada una de las creencias sobre la realidad física y social de los individuos, en este caso sobre el Pap.

De manera específica se reveló que para el **grupo A** las creencias fueron el elemento facilitador que proporcionó la cercanía hacia la realización del objeto. Este grupo se caracterizó por tener información correcta y certera (mayor número de vocablos asociados al objeto e identificación de éste con el proceso salud/enfermedad) misma que provino de fuentes directas como lo fueron los médicos e instituciones de salud, de la misma manera reflejaron atribuciones positivas hacia el objeto destacándose la prevención, el autocuidado y la salud. Ante este hecho se manifiesta que las creencias mostradas en el grupo se originaron principalmente de su experiencia y contacto personal con el objeto, así como de la información que llegó del exterior por medio de un tercero. Describiendo con ello que sus creencias fueron descriptivas e informativas según la tipología expuesta por Fishbein y Azjen (1975; en Callejo y Villa, 2003).

Por su parte, para el **grupo B** las creencias fueron el componente obstaculizante que limitó la cercanía hacia la realización del objeto. Éste se identificó por tener información en su mayoría correcta (menor vocabulario asociado al objeto, aunque de igual forma se identificó con el proceso salud/enfermedad), la principal fuente de donde se obtuvo el conocimiento fue el medio masivo de comunicación televisiva, seguido de las instituciones y las redes sociales, lo cual generó que las características particulares del exámen fuesen confusas o distorsionadas y por ende la cercanía con el objeto fuese distante, este hecho marcó la diferencia entre los grupos, puesto que muy contrariamente a lo que se pudiera pensar las atribuciones fueron al igual que en el **grupo A** positivas destacándose la prevención, el autocuidado y la salud. En este sentido las creencias mostradas por el grupo se caracterizaron por ser creencias solo informativas según la clasificación hecha por Fishbein y Azjen (1975; en Callejo y Villa, 2003) es decir provenientes del exterior y carentes de experiencia o contacto personal con el objeto.

Ante los resultados antes descritos es posible observar la presencia de la formación de las representaciones sociales debido a que como menciona Moscovici (1979) surgen en momentos de conflictos y crisis respondiendo a necesidades en donde la base es la información, la focalización o pertenencia en un grupo y la presión a la inferencia donde se reclama posturas, opiniones y acciones acerca de hechos de interés público como lo fue el exámen de detección oportuna, y su realización. De igual forma se hizo posible identificar que las creencias junto con la ambivalencia presentes en cada grupo fueron el elemento central de las representaciones sociales, es decir la estructura más estable que dio pie a que se generaran las mismas. Lo que Abric (1994) denominó núcleo central y a través del cual se organizan el resto de los elementos que componen a la representación. Para el **grupo A** la información con la que se contó permitió describir al Pap como el exámen de detección oportuna del CaCu. En la información manifiesta no sólo se destacó los aspectos positivos sino también las limitantes al exponer que el Pap es

impreciso (incompleto o carente por la información que se brinda con los resultados) e implica una obligación (porque se cumple como un mandato social o por una recomendación médica). Para el **grupo B** la diferencia radicó en tener una descripción menos precisa del Pap (al denominarlo como el exámen que se efectúa en el gremio femenino para saber si se tiene CaCu) y una asociación de autocuidado con prevención y obligación con salud, hecho que el **grupo A** sólo concretizó. Ante esta descripción y retomando lo expuesto por Abric (1994) quedó manifiesto el primer sistema de la representación que reflejó las condiciones de los individuos su historia, su relación ante el objeto y con el grupo social determinado, donde las creencias fueron adoptadas como ejes explicativos para ambos grupos de mujeres, explicitándose con ello las contradicciones del pensamiento social en los grupos y reafirmando así la presencia de las representaciones sociales.

Por otra parte se distinguió que las **actitudes** (entendidas como la evaluación del objeto) manifestadas por las mujeres de ambos grupos en su mayoría fueron positivas, al aceptar al Pap como medida preventiva y cuidado de la salud. Sin embargo a la par se observó que las evaluaciones involucraron también aspectos negativos, al considerarlo como impreciso u obligatorio. Lo que enmarca nuevamente la dualidad existente en el pensamiento de las mujeres al destacarse los polos opuestos y las ambivalencias en la concepción del objeto. Ante estos hechos la explicación recae en el origen y conformación de la representaciones sociales, ya que éstas se constituyen por el pensamiento común mismo que se adquiere del medio y de lo que acontece en él, por tanto la información que provenga del mismo ayudará a comprender la vida diaria y dará significado a ésta provocando las contradicciones propias de la vida social. Tal como lo comenta Ibáñez (1998; en Araya, 2002) la representación social es una interpretación del sujeto inserto en un contexto determinado y constituye una simbolización del objeto representado, por tanto la interpretación de estas tendrá elementos contradictorios. O bien como mencionó Moscovici (1986) hablar de

representaciones sociales es hablar del conocimiento del sentido común o pensamiento natural que en otros términos se trata de un conocimiento práctico lleno de contradicciones. Además recordemos que las actitudes como lo exponen Doise y Palmonari (en Álvarez, 2002) se dan a través de la comunicación de la información entre las personas de los grupos lo que implica la presencia de creencias de sentido común del grupo respecto al objeto. De ahí las convergencias y contrariedades y a su vez el reconocimiento del objeto y la posible conducta que este desencadene. Siguiendo esta misma línea es como se explica la presencia de aspectos duales como la conciencia/inconciencia y valentía/miedo presentes y relacionadas al Pap.

Con base en lo expuesto por Rokeach (1996, en Oblitas y Becoña, 2000) quien menciona que las actitudes son organizaciones relativamente perdurables sobre el objeto que predisponen a responder de alguna manera preferencial, las diferencias que se encontraron entre los grupos respecto a las actitudes recayó en la preferencia de cada uno, es decir mientras que para el **grupo A** la principal virtud del Pap fue la prevención, para el **grupo B** lo fue la salud, de la misma manera se distinguió que para este grupo existió una inclinación dentro de las dualidades hacia el miedo lo que refleja que se puede tener ambas polaridades en un mismo grupo debido a las fuentes de información con las que se tenga contacto y a la propia información que se obtenga.

En lo referido a las **emociones** (reacciones hacia el objeto) se encontró que para ambos grupos las principales expresiones fueron emociones negativas en donde el miedo (a ser lastimada y por ende tener dolor), la vergüenza (a ser vistas y tocadas) y los nervios (por los posibles resultados) ponderaron como respuesta hacia el Pap. Estos datos reflejan que independientemente de la diferencia en la realización o no del Pap dentro de los grupos las emociones siguen fungiendo como elementos adaptativos que proporcionan la ejecución de la conducta requerida, reconociéndose con ello lo

sustentado por Reeve (1994) al mencionar que las emociones tienen funciones importantes en la adaptación social y en el ajuste personal que confieren utilidad y eficacia para que los sujetos ejecuten las reacciones conductuales apropiadas. En este caso particular aunque se manifestó sólo una polaridad predominante las emociones desencadenaron y dirigieron el comportamiento en rumbos distintos, para el **grupo A** las emociones fueron facilitadoras para llevar a cabo la conducta (realización del Pap) mientras que para el **grupo B** actuaron como evitantes. Lo anterior resulta interesante debido a que se describe y enfatiza dos situaciones, la primera que la sociedad y cultura se hacen manifiestas a través de las connotaciones adjudicadas al cuerpo y al proceso de salud/enfermedad, reflejándose al encontrar emociones negativas aun en el **grupo A** (mujeres que ya se han realizado el Pap). Segundo la presencia de la deseabilidad social al identificar que la falta de tiempo y decidía fueron los elementos que se vincularon a la no realización del Pap y que sirvieron como justificación para el **grupo B** cubriéndose con ello las expectativas sociales que se demandan, más aun cuando se observa las características del medio en donde se está (ciudad de Monterrey, Nuevo León, México metrópolis caracterizada por el apremio de quien vive en ella).

Ante los datos encontrados se obvió y esclareció la estructura de las representaciones hacia el Pap donde se halló que los factores presentados por las participantes en la explicación del objeto fueron similares, esto se afirma al encontrar en cada representación social la dualidad para su definición (Autocuidado/Obligación), donde se destaca en ambos los atributos personales (emociones) y de orden técnico (calidad y alcance de la prueba). Desprendiéndose de esta manera que las representaciones sociales concebidas coincidan con lo descrito dentro de las investigaciones de Wiesner et al., (2006), Aranda (2005) y Rodríguez (2004) quienes relatan en orden, que la representación de la prueba de detección oportuna del CaCu está impregnada de cuestiones culturales donde las mujeres actúan priorizando lo

urgente (cuidado de lo demás, de la casa, de los hijos o el trabajo) en lugar de lo importante, como puede ser el autocuidado de su salud. Así como de temores a los resultados, al dolor de ser lastimadas y a la vergüenza de ser vistas, entre otros aspectos. Obteniéndose con ello que la representación surge en gran medida de un discurso científico que ha sido difundido por campañas de prevención y de una red de comunicaciones provenientes principalmente de amigas, familiares o allegadas, donde la asociación de estas fuentes de referencia confirman un complejo campo de encuentro entre contenidos racionales, presupuestos valorativos y trasfondos emocionales.

Bajo esta perspectiva es posible diferenciar que de los elementos mencionados y su relación dentro de la representación, las creencias constituyeron la base de la cual dependió toda conducta, así como lo refieren Ortega y Gasset (1968; en Fernández, 2006) y a su vez fueron también las organizaciones constantes de la percepción y cogniciones acerca del objeto, en base a las cuales se efectuaron evaluaciones que predispusieron a responder de una forma individual, encontrándose así a las actitudes definidas por Rokeach (1996; en Oblitas y Becoña, 2000), que a su vez incitaron a una organización de un hecho complejo en un lapso breve de tiempo para anticiparse a las consecuencias que en palabras de Palmero y Fernández (1999), no es otra cosa que la principal función de las emociones.

Con ello sólo se afirma que las dimensiones de estudio (emociones, creencias y actitudes) fueron componentes interrelacionados que conformaron y dieron sentido a la representación del Pap. Pues como lo indicó Moscovici (1979b) establecer una representación implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campos de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud) elementos que la muestra estudiada presentó y caracterizó según el grupo al que perteneció.

En este sentido se concluye que para la muestra, las creencias fueron el elemento determinante para la realización u omisión del Pap y a su vez la guía de las actitudes y emociones ante el objeto. Así mismo se destaca que la influencia de las fuentes de información, principalmente las redes sociales (amigas y familiares), son responsables del origen de las creencias y las conductas derivadas de las mismas. Reflejándose con ello que la verdadera diferencia existente entre grupos fue la génesis de éstas. Lo anterior corrobora lo encontrado por la ACCP (2004a), Valenzuela y Miranda (2001), Lewis (2004), Farfán et al., (2004) quienes en sus respectivos estudios mencionan de manera particular y con sus definiciones que las creencias, las emociones y las actitudes son unos de los elementos obstaculizantes para la realización del exámen de detección oportuna (Pap).

La interpretación y análisis de la información previa fue posible por las técnicas utilizadas (redes semánticas, cuestionario y diferencial semántico) mismas que se unieron para la construcción del instrumento final con el cual se trabajó. Cada una de ellas aportó a la tesis una visión de las variables estudiadas y en su conjunto lograron contribuir con la identificación de datos suficientes para la investigación, las redes semánticas en prioridad reflejaron las creencias y el diferencial semántico se abocó a las actitudes, indirectamente con éstas se obtuvieron indicios de otra variable como lo fueron las emociones, en este sentido la recomendación va encaminada a buscar técnicas diferentes o complementarias como lo fue en este caso al introducir el cuestionario que reforzó y abarcó todas las variables.

Un aspecto a considerar como recomendación, es que las futuras investigaciones que pretendan seguir una línea similar a ésta, tomen en cuenta que dentro de la población femenina regia el rango de maternidad actual (por lo visto durante la aplicación del instrumento), fue menor a los 25 años y por ende la iniciación de la vida sexual es temprana, lo anterior se señala al haber encontrar población entre los 14 y 17 años con vida sexual

activa. Así mismo se recomienda desarrollar tolerancia a la frustración debido a que el trabajo en población abierta y con la temática a desarrollar implica la destreza y paciencia de quien trabaja en comunidad.

Por último, cabe mencionar que dentro de la investigación realizada se encontraron algunos datos que posteriormente pudieran generar investigaciones. Tal es el caso de la relaciones entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de estudio que si bien no estuvieron contempladas como objetivos sería interesante verlas para futuras líneas de investigación debido a que el pensar que las mujeres que no se realizan el Pap son aquellas que no cuentan con estudios o servicios de salud es la primera variable explicativa que se viene a la mente. Así mismo sería interesante realizar estudios involucrando a la población masculina, es decir investigaciones en donde se aborde que piensan y que saben los hombres respecto al exámen de detección oportuna. De igual forma sería atractivo generar nuevas líneas de investigación que abarquen y exploten las variables estudio de manera individual esto enriquecería y serviría a quienes como nosotros pretendemos encontrar la relación existente entre ellas.

5.1 PROPUESTAS

Resumiendo, se considera importante y crucial que la información que se otorgue a través de los centros de salud y por consecuencia del personal del área, sea acorde a las necesidades y características de las poblaciones, de igual forma que la difusión que se dé sea de calidad, pues a lo visto es indiscutible que existe, sin embargo es de cuestionar que tan certera y entendible es la información que llega a las mujeres de forma masiva. Esto lleva a plantear las siguientes opciones como posibles propuestas de trabajo:

1.- Trabajo comunitario: Que el trabajo se lleve a la comunidad y que las campañas estén enfocadas principalmente en la explicación concreta de todo el proceso del Pap haciendo hincapié en específico sobre la posibilidad de sentir dolor alguno y la desmitificación de la intensidad de este en caso de existir Y por ende la capacitación del personal en materia, acorde a las cuestiones técnicas (para la realización del exámen).

2.- Implementación de mayor personal femenino en los centros o instituciones de salud para la realización del Pap teniendo así la opción de ser la propia usuaria quien elija el género del personal por quien desea ser atendida.

3.- Acción participativa: Involucrar a las propias mujeres que hayan vivido la experiencia de haber sido diagnosticadas con CaCu como agentes activos dentro de las comunidades, capacitándolas para que sean posteriormente facilitadoras y generadoras de grupos de apoyo.

4.- Generar programas donde se explote el área psicológica: Introducción del personal de psicología para trabajar los aspectos emocionales negativos (vergüenza, nervios, miedo) relacionados con el Pap, enfatizando las consecuencias de la no prevención a nivel personal y familiar.

5.- Capacitación del personal del área de la salud: Proporcionar las herramientas necesarias a los profesionales del área de la salud (médicos, enfermeras y técnicos) para desarrollar habilidades de asertividad y ambientes de confianza donde las usuarias sientan en todo momento respeto y calidez por parte de los profesionales.

6.- Creación de programas integrativos: Generar programas cuya información vaya dirigida a hombres y mujeres todo ello con la finalidad de involucrar a las parejas en el conocimiento del tema y crear responsabilidad compartida.

7.- Trabajo con grupos de riesgo: identificación de zonas marginadas o vulnerables para la caracterización y futura intervención a través de la promoción, el conocimiento y la orientación para la salud femenina.

8.- Diagnóstico y exploración de comunidades rurales e indígenas: Extensión de la línea de investigación dentro de estos contextos para la identificación de los sucesos que ahí ocurren, que sirvan posteriormente como base a futuras intervenciones.

9.- Creación de ONG con objetivos claros y metas alcanzables cuya prioridad sea el trabajo comunitario y la generación de agentes sociales voluntarios que colaboren con las instituciones de salud social reconocidas para la concientización de la salud y su prevención, en específico para la difusión de información correcta, certera y entendible sobre el exámen de detección oportuna y su importancia como medida para el cese del cáncer cervicouterino.

10.- No generalización de los programas: Descartar la implementación de programas de intervención ya existentes para comunidades o grupos con características distintas.

11.- Generación de incentivos: Apoyo institucional para el desarrollo de futuras investigaciones en el área.

BIBLIOGRAFIA

- Abric, J. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Aguilar, J., Leyva, A., Angulo, D., Salinas, A., y Lazcano, E. (2003). Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de la citología cervical en México. [En línea] *Rev. Salud Pública*, 37 (1), 100-106. <http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no49-1/RFM49104.pdf> [Fecha de consulta 1 de junio de 2006].
- Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino. (ACCP, 2004a). *Relatos de mujeres, vidas de mujeres: Experiencias con el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino*, Seattle. [En línea] <http://www.allience.org> [Fecha de consulta 4 de Octubre de 2005].
- Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino. (ACCP, 2004b). *La prevención del cáncer a nivel mundial*, Washington. [En línea] http://www.prb.org/pdf057PreventCevCancer_SP.pdf [Fecha de consulta 2 de junio de 2006].
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad*, México: Trillas.
- American Cancer Society (2004). *Cancer Fast and Figures*. [En línea] http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF_finalPWSecured.pdf [Fecha de consulta 08 de agosto de 2007].
- Aranda, P. (2005) *Saberes relacionados con el Papanicolaou y el cáncer cervicouterino: estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora. Tesis doctoral*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de Occidente (CIESAS –Occidente).
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. [En línea] *Cuaderno de Ciencias Sociales* 127. <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf> [Fecha de consulta 22 de febrero de 2007].

- Arguero, B., García, L., Álvarez, M., Montañó, C., y Duran, A. (s/f). Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. <http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no49-1/RFM49104.pdf> [Fecha de consulta 7 de junio de 2006].
- Ávila, C., Ávila, A., Vielma, R., (2004, Febrero) 5 Barreras de Acceso para la detección oportuna del cáncer cervicouterino (DOC) en la zona médica No. 2. [En línea] *Revista Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, 4. <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/ee-4-2004/05.htm> [Fecha de consulta 20 de septiembre de 2005].
- Banch, M. (2000). Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. [En línea] *Peer Reviewed Online Journal*, 9, 3.1-3.15. http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf [Fecha de consulta 22 de febrero de 2007].
- Bravo, U. (2001). Descripción en una muestra de pacientes chilenos que reciben atención en el hospital clínico de la Universidad de Chile, de factores que inciden en afrontamiento y adaptación al estrés de la enfermedad oncológica. *Tesis doctoral* en proceso. Santiago de Chile: Universidad Autónoma de Madrid.
- Breakwell, G. (1993). Social Representations and Social Identity. *Papers on Social Representations*, 2 (3). 197-217.
- Buela, G., Caballo, V. y Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo veintiuno de España.
- Callejo, M., y Vila, A. (2003). Origen y formación de creencias sobre la resolución de problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la educación secundaria. [En línea] *Boletín de la sociedad matemática venezolana*, 10 (2), 173-194. <http://www.emis.de/journals/BAMV/conten/vol10/mcallejo+vila.pdf> [Fecha de consulta 22 de junio de 2007].

- Castañeda, I. (2004). El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. *Tesis doctoral terminada*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Castellanos, M.,(2003). Cáncer Cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. [En línea] *Rev. Fac. Med. UNAM*, 46 (2), 63-66. <http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no46-2/RFM46206.pdf> [Fecha de consulta 18 de agosto de 2007].
- Choliz, M. (2005). Psicología de la Emoción: El proceso emocional. [En línea] *Universidad de Valencia*. <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf> [Fecha de consulta 08 de agosto de 2006].
- De Mikusinski, E. y De Urteaga, A. (1982) La imagen de la vejez explorada mediante el diferencial semántico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14 (1), 37-53.
- Díaz-Guerrero, R. y Salas, M. (1975). *El diferencial semántico del idioma español*. México: Trillas.
- Duque, M. (2002) Representaciones sociales de roles de género en la vejez: Una comprensión transcultural. *Revista latinoamericana de psicología*, 34 (1-2), 95-106.
- Dzul, K., Puerto, M., y González, M. (2004) Cáncer Cervicouterino: métodos actuales para su detección. [En línea] *Rev. Biomed*, 15, 233-241. www.uady.mx/~biomedic/revbiomed/pdf/rb041545.pdf [Fecha de consulta 12 de febrero de 2007].
- Farfán, L., Barrón, T. E., Jiménez, M., Vázquez, E, Ayala, S. (2004). Factores Socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. [En línea] *Rev. Enfermería*, 12 (3), 123-130. http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/51AA37F5-5D03-4743-BA26-2A6491A4E805/0/Factores_socioculturales.pdf [Fecha de consulta 12 de Octubre de 2005].

- Fernández, J. (1993 Septiembre 29). Psicología básica y salud. [En línea] *Anales de psicología*, 9 (2) 121-131. http://www.um.es/analesps/v09/v09_2/01-09_2.pdf [Fecha de consulta 9 de febrero de 2006].
- Fernández, E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*, España: Ariel.
- Fernández, M., (2006) creencias y sentido en las ciencias sociales. *Comunicación efectuada en la sesión privada extraordinaria de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*. [En línea] <http://www.ciencias.org.ar/user/files/Fernandez.pdf> [Fecha de consulta 01 de Julio de 2007].
- Figuroa. J., González. y Solís (1981). Una aproximación al problema del significado. Las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (3), 447-458.
- Gallego, G. (2006) Análisis de posibles modificaciones en el diseño actual de un equipo de tracción lumbar. *Tesis*: Barcelona Universidad Politécnica de Catalunya. Departamento de proyectos de Ingeniería.
- Garza, ME., Villarreal, E., Salinas, AM., Núñez, GM. (2004). Practicas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en Monterrey y su zona metropolitana (México). [En línea] *Rev. Esp. Salud Pública*, 78, 95-108. <http://www.scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n1/original7.pdf> [Fecha de consulta 7 de mayo de 2006].
- Giménez, G. (1997). Materiales para una teoría de las identidades sociales. [En línea] *Rev. Frontera Norte*, 9 (18), Colegio de la frontera Norte. México. <http://www.lie.upn.mx/docs/Diplomados/LineaInter/Bloque1/Identidad/Lec1.pdf> [Fecha de consulta 19 de noviembre de 2007].
- González, M., Barrull, E., Pons, C. y Marteles P. (1998). ¿Qué son las emociones? [En línea]. [Http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm). [Fecha de consulta 13 de Mayo de 2007].
- González, V. (s/f). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. [En línea] *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología*, Escuela Latinoamericana de Medicina. Cuba.

- http://www.psicolatina.org/Uno/las_creencias_resumo.html. [Fecha de consulta 24 de febrero de 2006].
- Guerra, S., Campos, J., Pérez, L. (2001 Febrero). Barreras que influyen en la detección oportuna del cáncer cervicouterino. [En línea] *Revista Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, 1. http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imss_v/index.html [Fecha de consulta 11 de enero de 2005].
- Guibert, W., Grau, J., Romero, T., Prendes, M. y Cachón., M. (2000). Procesos Psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. [En línea] *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 16 (2), 186-93. http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi14200.pdf [Fecha de consulta 10 de junio de 2006].
- Gutiérrez, J. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. [En línea] *Psiquiatría Pública*, 10 (4). <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/art-esp.pdf> [Fecha de consulta 22 de febrero de 2007].
- Hernández, C., Girón, J., Correa, A., Hernández, J., Esquivel, A., Jacobo, A. (2002). Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC. [En línea] *Rev. Enfermería*, 10 (1), 7-10. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7EC3AA97-BB3B-4613-9236-4E4DF1ADF96C/0/limitantes20.pdf> [Fecha de consulta 23 de agosto de 2005].
- Hidalgo, M. (2006). El cáncer cervicouterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección oportuna. [En línea] *Rev. Biomed*, 17, 81-84. www.uady.mx/~biomedic/revbiomed/pdf/rb0617110.pdf [Fecha de consulta 10 de febrero de 2007].
- Isla, V. (2002 Enero-Marzo). "El cáncer cervicouterino, El cáncer que no debe matar": [En línea] *Agenda Salud, publicación trimestral del programa de mujeres y salud de Isis internacional*, 25, Santiago: Chile. <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda25.pdf> [Fecha de consulta 12 de enero de 2005].

- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S, ed. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social*, Barcelona: Paidós
- Lamadrid, A (1998). Aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer uterino. [En línea] *Artigo*, 14 (supl.1), 33-40. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1338.pdf> [Fecha de consulta 23 de abril de 2005].
- Langer, A., y Nigenda, G. (2000). Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. [En línea] *Biblioteca Felipe Herrera*. Banco Internacional de Desarrollo. <http://www.popcouncil.org/pdfs/Langer.pdf> [Fecha de consulta 28 de febrero de 2005].
- Laurosse. (2005). Diccionario de sinónimos y antónimos. España.
- Lewis, M. (2004). Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe, Washington. [En línea] *Organización Panamericana de la Salud*. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm> [Fecha de consulta 4 de octubre de 2005].
- Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso de Salud enfermedad. [En línea] *Rev. Cubana, Salud Pública*, 29 (3), 275-81. http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_3_03/spu12303.pdf [Fecha de consulta 13 de febrero de 2006].
- Mora, M, (2002 Septiembre). La teoría de las representaciones Sociales de Serge Moscovici. [En línea] *Atenea Digital*, 2, 1-25. <http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a8.pdf> [Fecha de consulta 22 de noviembre de 2005].
- Morales, C. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*, México: Paidós.
- Morales, F., Reboloso, E., y Moya (1994) *Psicología Social*, Madrid: Mc Graw Hill.
- Moscovici, S. (1985) *Psicología Social. Influencia y Cambio de Actitudes*, Tomo I, Barcelona: Paidós
- Moscovici. (1986). *Psicología social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*, España: Paidós.

- Moscovici, S. (1979a). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1979b) *Psicología de las minorías activas*. Barcelona: Morota
- Najera, P., Lazcano, C., Alonso, P., Ramírez, T., Cantoral, L., y Hernández, A. (1996). Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papnicolaou. [En línea] *Salud Pública de México*, 67, 1-6. http://www.insp.mx/cisp/publicaciones/mhernandez/1996_67.pdf [Fecha de consulta 5 de junio de 2006].
- Nieto, M., Abad, M., Esteban, A., Tejerina, A. (2004). *Psicología para la ciencia de la salud*. España: Mc Graw Hill
- Oblitas, L. y Becoña E. (2000). *Psicología de la Salud*, México: Plaza y Valdez
- Osnaya, F. (2004). Las representaciones sociales de las unidades de servicio de apoyo a la educación regular. *Tesis de doctorado*, España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Pan American Health Organization (PAHO, 2003). Regional Core Health Data Initiative. [En línea] <http://www.paho.org/english/dd/ais/coredata.htm>. [Fecha de consulta 10 de agosto de 2007].
- Plutchik, R. (1998). *Las emociones*, México: Diana
- Quiroz, A. (2004). *Actitudes y Representaciones*, Temas actuales de psicología social, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: Mc Graw-Hill
- Reyes, I. (1993) Las redes semánticas naturales, su conceptualización, y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9 (1), 81-97.
- Rodríguez, N. G. (2004). Representaciones Sociales de la Salud y el Cáncer Cervicouterino. (En proceso de aceptación).
- Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. [En línea] *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (redalyc)*. 24 (93), 51-80. El colegio de Michoacán, Zamora, México. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/137/13709303.pdf> [Fecha de consulta 22 de febrero de 2007].

- Rosas, R. (1993). Nuestros horizontes: Nuestra salud y los derechos sexuales y reproductivos. México. *Compilado* U.D.C.
- Sánchez, F. y Mesa, M. (1996). Construcción de escalas de actitudes de tolerancia y cooperación para un contexto multicultural. [En línea] *Enseñanza. Anuario Interuniversitario de Didáctica*, 14, 81-87. <http://www.ugr.es/~eirene/eirene/eirene9cap1.pdf> [Fecha de consulta 11 de febrero de 2006].
- Sánchez, S. (1979). Diferencial Semántico y actitudes un estudio sociológico entre estudiantes de bachillerato. [En línea] *El basilisco*, 6, 9-17. <http://www.fgbueno.es/bas/pdf/bas10602.pdf> [Fecha de consulta 11 de agosto de 2007].
- Savayeda, M. (1996). Género, Poderío y Salud, México. *Compilado* U.D.C.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 2006) Panorama del Cáncer Cervicouterino en México por *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. [Versión electrónica]* Boletín de Epidemiología, 23 (16), 1-4. <http://www.dgeoi.salud.gob.mx/boletin/2006/sem16/pdf/edit1660.pdf> [Fecha de consulta 15 de mayo de 2006].
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2006). Resultados y Reporte de Mortalidad por Cáncer cervicouterino según entidad federativa y municipio. [En línea] http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/DFMCACU_2005_30NOV06.pdf [Fecha de consulta 25 de mayo de 2007].
- Style list for referentes (s/f). http://www.ecce-cervical.org/contenst/B1_CervicalCancerFacts/index.asp?lang=es [Fecha de consulta 7 de junio de 2005].
- Tamayo, A. (2002). Asociación y percepción del riesgo de lesiones intraepitelial escamosa y cáncer cervicouterino en función de los factores: infección por el virus papiloma humano, gineco-obstétrico, comportamiento sexual, sociodemográficos y antecedentes genéticos en mujeres mayores de 15 años. *Tesis de doctorado*, México: Universidad de Colima.

- Valdez, M. (2004). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valenzuela, M. y Miranda, A. (2001). ¿Por qué no me hago el papanicolaou? Barreras psicológicas de mujeres de sectores de Santiago de Chile. [En línea] *Rev. Chilena Salud Pública*. 5 (2-3), 75-80. <http://www.urucan.org.uy/uilayer/pccu/revchil75.pdf> [Fecha de consulta 17 de diciembre de 2005].
- Vera, N., Pimentel, Batista. (2005) Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. [En línea] *Ra Ximhai* Universidad Autónoma Indígena de México, 1 (0003), 439-451. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/461/46110301.pdf> [Fecha de consulta 11 de junio de 2006].
- Villarreal, G. (2007). Las representaciones sociales una nueva relación entre el individuo y la sociedad. [En línea] *FERMETIUM* (47),434-454, http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/fermentum/numero_49/articulo9.pdf [Fecha de consulta 11 de noviembre de 2007].
- Wiesner, C., Vejarano, M., Caicedo, J., Tovar, S. y Cendales, R. (2006) La citología del cuello uterino en Soacha Colombia. Representaciones sociales, barreras y motivaciones. [En línea] *Rev. Salud publica*, 8 (3), 185-196. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a04.pdf> [Fecha de consulta 26 de febrero de 2007]

ANEXOS

1 Instrumento

Este es un cuestionario **anónimo** tan solo queremos conocer su opinión, Por ello le pedimos lea detenidamente las instrucciones y cada una de las preguntas. En caso de que no comprenda bien alguna consulte a la persona que esta aplicando el cuestionario. Recuerde **todas las respuestas son confidenciales**. Responda, por favor todas las preguntas con la mayor sinceridad. **¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION!**

Favor de contestar las siguientes preguntas o marcar con X la respuesta que corresponda

FECHA DE NACIMIENTO:

Día _____ Mes _____ Año _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____

ESTADO CIVIL: Soltera ___ Casada ___ Divorciada ___ Viuda ___ Unión

Libre _____

VIDA SEXUAL INICIDA Si _____ No _____

SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAOU Si _____ No _____

SERVICIO DE SALUD CON EL QUE CUENTA:

IMSS _____ SSA _____ ISSSTE _____ Ninguno _____ Otro _____

1 A continuación se le presentara una palabra en mayúscula, léala con atención y anote las **5 primeras palabras** que le vengan a la mente al leerla (pueden ser verbos, adverbios, sustantivos, adjetivos). **Recuerde no hay respuestas incorrectas**

Ejemplo, si la palabra fuera

MANZANA, algunas palabras serian:

PAPANICOLAOU

Nutritiva _____
Sabrosa _____
Dulce _____
Fruta _____
Rica _____

2. Ahora, acomode en orden de importancia para usted las palabras que escribió anteriormente: Otorgándole el número **1 a la más importante**, el número 2 a la que le sigue en importancia y así sucesivamente hasta llegar al número **5 que es la menos importante**

Siguiendo con el mismo ejemplo:

MANZANA

PAPANICOLAOU

1 Fruta _____
2 Rica _____
3 Nutritiva _____
4 Sabrosa _____
5 Dulce _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3 Por favor conteste las siguientes preguntas o marque con **X** la respuesta que corresponda. Su sinceridad y participación son muy importantes. **Recuerde, no hay respuestas erróneas.**

1 -¿Conoce que es el Papanicolaou?	SI	NO
<p><i>Si su respuesta fue un SI, continúe contestando a partir de la pregunta número dos. Por el contrario si su respuesta ha sido un NO, conteste la siguiente pregunta, y después continúe con el resto.</i></p> <p>¿Que cree usted que pueda ser el Papanicolaou? Describalo:</p> <p>¿La información que sabe cómo la obtuvo?</p>		
<p>2 ¿Qué es?</p> <p>¿De quien obtuvo la información?</p>		
<p>3.- ¿Qué piensa acerca del Papanicolaou?</p>		
<p>4.- ¿Cree usted que es adecuado realizarse el Papanicolaou?</p> <p>¿Por qué? / ¿Para qué?</p>	SI	NO
<p>5.- ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez?</p> <p>¿Por qué?</p>	SI	NO

Si su respuesta ha sido un **SI** en la pregunta anterior (5) conteste las preguntas de la 6 a la 9; y después siga con la instrucción 4.

6.- ¿Cuántas veces se ha realizado el Papanicolaou?			
7.- ¿Qué sintió al realizarse el Papanicolaou? ¿Por qué?			
8.- ¿Qué emociones sintió? ¿Por qué?			
9.- ¿Piensa seguir realizándose el Papanicolaou? ¿Por qué?	<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO
SI	NO		

Por el contrario si su respuesta fue un **NO** a la pregunta 5 continúe a partir de aquí.

10.- ¿Qué emoción le causa el pensar realizarse o hacerse el Papanicolaou?			
11.- ¿Piensa realizarse el Papanicolaou alguna vez? ¿Por qué?	<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO
SI	NO		

4.- A continuación se le presentara un listado de palabras dobles; por favor con una **X** marque sobre la línea cual de las dos palabras en negritas se acerca a definir Papanicolaou. **Entre más cerca esté su elección de una de las palabras, indicara que es esa la que mejor lo define para usted.**

Ejemplo: El Papanicolaou es:

Extraño _____ **X** _____ **Conocido**

La respuesta de este ejemplo indica que el Papanicolaou está mas cerca de ser conocido para la persona que ha contestado.

Ahora, prosiga con el listado:

El Papanicolaou es:

Salud								Enfermedad
Responsabilidad								Irresponsabilidad
Prevención								Descuido
Seguridad								Inseguridad
Comodidad								Incomodidad
Miedo								Valentía
Nervios								Tranquilidad
Dolor								Placer
Vergüenza								Desinhibición
Conciencia								Inconciencia

5.- Por favor conteste las siguientes preguntas:

1°.- ¿En su familia alguien ha sido diagnosticado con Cáncer Cervicouterino? ¿Quién?	SI	NO
2°.- ¿Alguien cercano a usted ha padecido o padece de Cáncer Cervicouterino? ¿Quien?	SI	NO
3°.- Describa como ha sido su vivencia estando con alguien enfermo de cáncer cervicouterino		

¿Le gustaría comentar algo más que consideres importante sobre lo que se ha platicado?

SI USTED ESTUVO DE ACUERDO EN PARTICIPAR, PONGA SUS INICIALES O FIRMA EN EL SIGUIENTE RENGLON

YO HE DADO MI CONSENTIMIENTO

¡¡¡GRACIAS POR SU COLABORACION!!!

2. Hoja de vaciado de información para redes semánticas

DEFINIDORA	JERARQUIAS	1	2	3	4	5	VMT*	FMG. ***
	VALOR SEMÁNTICO	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)		
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							
	Frecc.							
	Valor M.**							

*VMT. = Peso Semántico; **Valor M. = Valor Ponderado; ***FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa

J (Riqueza semántica de la red) =

3 Tablas de las definidoras completas del grupo A (pilotaje)

TABLA 1.
Palabra estímulo: PAPANICOLAOU
Pilotaje / Grupo A

DEFINIDORA	ORDEN	1	2	3	4	5	VMT*	FMG. ***
	PONDERACIÓN	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)		
Salud	Frecc.	7	1	-	-	-	79	100%
	Valor M.**	(70)	(9)	-	-	-		
Cáncer	Frecc.	1	1	-	-	-	19	24.05%
	Valor M.**	(10)	(9)	-	-	-		
Responsabilidad	Frecc.	-	1	1	-	-	17	21.52%
	Valor M.**	-	(9)	(8)	-	-		
Prevención	Frecc.	-	1	-	1	-	16	20.25%
	Valor M.**	-	(9)	-	(7)	-		
Seguridad	Frecc.	-	-	1	1	-	15	18.99%
	Valor M.**	-	-	(8)	(7)	-		
Conciencia	Frecc.	-	-	1	-	1	14	17.72%
	Valor M.**	-	-	(8)	-	(6)		
Doctor	Frecc.	-	-	-	1	1	13	16.46%
	Valor M.**	-	-	-	(7)	(6)		
Control	Frecc.	-	1	-	-	-	9	11.39%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Comodidad	Frecc.	-	1	-	-	-	9	11.39%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Chequeo	Frecc.	-	1	-	-	-	9	11.39%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Higiene	Frecc.	-	1	-	-	-	9	11.39%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Dolor	Frecc.	-	-	1	-	-	8	10.12%
	Valor M.**	-	-	(8)	-	-		
Bienestar	Frecc.	-	-	1	-	-	8	10.12%
	Valor M.**	-	-	(8)	-	-		
Beneficio	Valor M.**	-	-	1	-	-	8	10.12%
	Frecc.	-	-	(8)	-	-		
Rutina	Valor M.**	-	-	1	-	-	8	10.12%
	Frecc.	-	-	(8)	-	-		
Sexo	Valor M.**	-	-	1	-	-	8	10.12%
	Valor M.**	-	-	(8)	-	-		
Vida	Frecc.	-	-	-	1	-	7	8.9%
	Valor M.**	-	-	-	(7)	-		
Revisión	Frecc.	-	-	-	1	-	7	8.9%
	Valor M.**	-	-	-	(7)	-		
Obligatorio	Frecc.	-	-	-	1	-	7	8.9%
	Valor M.**	-	-	-	(7)	-		
Prueba	Frecc.	-	-	-	-	1	6	7.6%
	Valor M.**	-	-	-	-	(6)		
Incomodo	Frecc.	-	-	-	-	1	6	7.6%
	Valor M.**	-	-	-	-	(6)		
Enfermedad	Frecc.	-	-	-	-	1	6	7.6%
	Valor M.**	-	-	-	-	(6)		
Viejo	Frecc.	-	-	-	-	1	6	7.6%
	Valor M.**	-	-	-	-	(6)		

*VMT. = Peso Semántico; **Valor M. = Valor Ponderado; ***FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa

J (Riqueza semántica de la red) = 23

4 Tablas de las definidoras completas del grupo B (pilotaje)

TABLA 2.
Palabra estímulo: PAPANICOLAOU
Pilotaje / Grupo B

DEFINIDORA	JERARQUIAS	1	2	3	4	5	VMT*	FMG. ***
	VALOR SEMÁNTICO	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)		
Cáncer	Frecc.	2	-	-	-	-	28	100%
	Valor M.**	(20)	-	-	-	-		
Chequeo	Frecc.	1	1	-	1	-	26	92.86%
	Valor M.**	(10)	(9)	-	(7)	-		
Enfermedad	Frecc.	-	1	2	-	-	25	89.29%
	Valor M.**	-	(9)	(16)	-	-		
Salud	Frecc.	1	-	-	-	-	10	35.71%
	Valor M.**	(10)	-	-	-	-		
Exámen	Frecc.	1	-	-	-	-	10	35.71%
	Valor M.**	(10)	-	-	-	-		
Consulta	Frecc.	-	1	-	-	-	9	32.14%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Dolor	Frecc.	-	1	-	-	-	9	32.14%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Doctores	Frecc.	-	1	-	-	-	9	32.14%
	Valor M.**	-	(9)	-	-	-		
Infección	Frecc.	-	-	1	-	-	8	28.57%
	Valor M.**	-	-	(8)	-	-		
Miedo	Frecc.	-	-	1	-	-	8	28.57%
	Valor M.**	-	-	(8)	-	-		
Prueba	Frecc.	-	-	-	1	-	7	25%
	Valor M.**	-	-	-	(7)	-		
Medicina	Frecc.	-	-	-	1	-	7	25%
	Valor M.**	-	-	-	(7)	-		
Muerte	Frecc.	-	-	-	-	1	6	21.42%
	Valor M.**	-	-	-	-	(6)		

*VMT. = Peso Semántico; **Valor M. = Valor Ponderado; ***FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa

J (Riqueza semántica de la red) = 13

5 Tablas de las definidoras completas del grupo A

TABLA 1.
Palabra estímulo: PAPANICOLAOU
Grupo A

DEFINIDORAS	JERARQUIAS	1	2	3	4	5	VMT*	FMG. ***
	VALOR SEMÁNTICO	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)		
Exámen	Frecc.	18	14	2	5	1	363	100%
	Valor M.**	(180)	(126)	(16)	(35)	(6)		
Salud	Frecc.	10	8	4	-	-	204	56.2%
	Valor M.**	(100)	(72)	(32)	-	-		
Prevención	Frecc.	8	5	7	-	-	181	49.9%
	Valor M.**	(80)	(45)	(56)	-	-		
Cáncer	Frecc.	4	-	4	2	5	116	32%
	Valor M.**	(40)	-	(32)	(14)	(30)		
Enfermedad	Frecc.	2	5	2	1	-	88	24.2%
	Valor M.**	(20)	(45)	(16)	(7)	-		
Doctor	Frecc	-	2	2	2	2	60	16.5%
	Valor M.**	-	(18)	(16)	(14)	(12)		
Seguridad	Frecc	-	1	2	3	1	52	14.3%
	Valor M.**	-	(9)	(16)	(21)	(6)		
Infección	Frecc.	1	-	4	-	-	42	11.6%
	Valor M.**	(10)	-	(32)	-	-		
Mujer	Frecc	1	-	3	1	-	41	11.3%
	Valor M.**	(10)	-	(24)	(7)	-		
Cuidado(s)	Frecc	2	1	1	-	-	37	10.2%
	Valor M.**	(20)	(9)	(8)	-	-		
Responsabilidad	Frecc	-	2	1	1	-	33	9.1%
	Valor M.**	-	(18)	(8)	(7)	-		
Importante	Frecc.	1	1	-	2	-	33	9.1%
	Valor M.**	(10)	(9)	-	(14)	-		
Miedo	Frecc	-	-	-	2	3	32	8.8%
	Valor M.**	-	-	-	(14)	(18)		
Matriz	Frecc	-	3	-	-	-	27	7.4%
	Valor M.**	-	(27)	-	-	-		
Dolor	Frecc	1	1	-	1	-	26	7.2%
	Valor M.**	(10)	(9)	-	(7)	-		
Anual	Frecc	-	1	1	1	-	24	6.6%
	Vaolor M.**	-	(9)	(8)	(7)	-		
Bienestar	Frecc	-	1	1	-	1	23	6.3%
	Valor M.**	-	(9)	(8)	-	(6)		
Vergüenza	Frecc	-	-	2	-	1	22	6.1%
	Valor M.**	-	-	(16)	-	(6)		
Necesario	Frecc	1	1	-	-	-	19	5.2%
	Valor M.**	(10)	(9)	-	-	-		

Hijos	Frecc	1	1	-	-	-	19	5.2%
	Valor M **	(10)	(9)	-	-	-		
Hospital	Frecc	-	-	2	-	-	16	4.4%
	Valor M **	-	-	(16)	-	-		
Muerte	Frecc	1	-	-	-	1	16	4.4%
	Valor M **	(10)	-	-	-	(6)		
Nervios	Frecc	-	-	1	1	-	15	4.1%
	Valor M **	-	-	(8)	(7)	-		
Vida	Frecc	-	-	1	-	1	14	3.9%
	Valor M **	-	-	(8)	-	(6)		
Incomodo	Frecc	-	-	-	1	1	13	3.6%
	Valor M **	-	-	-	(7)	(6)		
Bueno	Frecc	-	-	-	-	2	12	3.3%
	Valor M **	-	-	-	-	(12)		
Sexo	Frecc	-	-	-	-	2	12	3.3%
	Valor M **	-	-	-	-	(12)		
Mala	Frecc	1	-	-	-	-	10	2.8%
	Valor M **	(10)	-	-	-	-		
Control	Frecc	1	-	-	-	-	10	2.8%
	Valor M **	(10)	-	-	-	-		
Tristeza	Frecc	1	-	-	-	-	10	2.8%
	Valor M **	(10)	-	-	-	-		
Soledad	Frecc	-	1	-	-	-	9	2.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Rápido	Frecc	-	1	-	-	-	9	2.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Preguntas	Frecc	-	1	-	-	-	9	2.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Ayuda	Frecc	-	1	-	-	-	9	2.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Tratarte	Frecc	-	-	1	-	-	8	2.2%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Oportuno	Frecc	-	-	1	-	-	8	2.2%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Problemas	Frecc	-	-	1	-	-	8	2.2%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Sucio	Frecc	-	-	1	-	-	8	2.2%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Riesgo	Frecc	-	-	1	-	-	8	2.2%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Detección	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Desagrado	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Dinero	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Quererse	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Descuido	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Negro	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Casada	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%

	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Bien	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Contagio	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Familia	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Hacértelo	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Tranquilidad	Frecc	-	-	-	1	-	7	1.9%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Confianza	Frecc	-	-	-	-	1	6	1.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Frió	Frecc	-	-	-	-	1	6	1.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Pecho	Frecc	-	-	-	-	1	6	1.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Medicina	Frecc	-	-	-	-	1	6	1.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Quiste	Frecc	-	-	-	-	1	6	1.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Enfermera	Frecc	-	-	-	-	1	6	1.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		

VMT. = Peso Semántico; **Valor M. = Valor Ponderado; ***FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa

J (Riqueza semántica de la red) = 57

6 Tablas de las definidoras completas del grupo B

TABLA 2.
Palabra estímulo: PAPANICOLAOU
Grupo B

DEFINIDORAS	JERARQUIAS	1	2	3	4	5	VMT*	FMG. ***
	VALOR SEMÁNTICO	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)		
Exámen	Frecc.	10	7	8	3	2	260	100%
	Valor M.**	(100)	(63)	(64)	(21)	(12)		
Cáncer	Frecc.	6	6	4	1	-	153	58.8%
	Valor M.**	(60)	(54)	(32)	(7)			
Salud	Frecc.	10	1	4	1	-	148	56.9%
	Valor M.**	(100)	(9)	(32)	(7)	-		
Mujer	Frecc.	2	5	6	2	3	145	55.8%
	Valor M.**	(20)	(45)	(48)	(14)	(18)		
Enfermedad	Frecc.	7	3	1	3	-	126	48.5%
	Valor M.**	(70)	(27)	(8)	(21)	-		
Prevención	Frecc	5	3	2	2	-	107	41.2%
	Valor M **	(50)	(27)	(16)	(14)	-		
Doloroso	Frecc.	1	1	3	2	1	63	24.2%
	Valor M.**	(10)	(9)	(24)	(14)	(6)		
Miedo	Frecc	2	2	-	2	1	58	22.3%
	Valor M **	(20)	(18)	-	(14)	(6)		
Vergüenza	Frecc	-	2	3	1	1	55	21.2%
	Valor M **	-	(18)	(24)	(7)	(6)		
Seguridad	Frecc	2	2	1	-	-	46	17.7%
	Valor M.**	(20)	(18)	(8)	-	-		
Cuidado	Frecc.	1	2	1	1	-	43	16.5%
	Valor M.**	(10)	(18)	(8)	(7)	-		
Matriz	Frecc	-	1	1	2	-	31	11.9%
	Valor M **	-	(9)	(8)	(14)	-		
Muerte	Frecc	1	1	1	-	-	27	10.4%
	Valor M **	(10)	(9)	(8)	-	-		
Sexo	Frecc	-	2	-	-	1	24	9.2%
	Valor M **	-	(18)	-	-	(6)		
Higiene	Frecc	-	1	-	2	-	23	8.8%
	Vaolor M **	-	(9)	-	(14)	-		
Infección	Frecc	-	2	-	-	-	18	6.9%
	Valor M **	-	(18)	-	-	-		
Bienestar	Frecc	-	2	-	-	-	18	6.9%
	Valor M **	-	(18)	-	-	-		
Necesario	Frecc	-	1	1	-	-	17	6.5%
	Valor M **	-	(9)	(8)	-	-		
Vagina	Frecc	-	1	-	-	1	15	5.8%
	Valor M **	-	(9)	-	-	(6)		
Doctor	Frecc	-	-	-	2	-	14	5.4%
	Valor M **	-	-	-	(14)	-		
Peligro	Frecc	1	-	-	-	-	10	3.8%
	Valor M **	(10)	-	-	-	-		

Irresponsabilidad	Frecc	1	-	-	-	-	10	3.8%
	Valor M **	(10)	-	-	-	-		
Licuado	Frecc	1	-	-	-	-	10	3.8%
	Valor M **	(10)	-	-	-	-		
Vida	Frecc	-	1	-	-	-	9	3.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Importante	Frecc	-	1	-	-	-	9	3.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Fuerza	Frecc	-	1	-	-	-	9	3.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Tranquilidad	Frecc	-	1	-	-	-	9	3.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Papaya	Frecc	-	1	-	-	-	9	3.5%
	Valor M **	-	(9)	-	-	-		
Problema	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Angustia	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Bueno	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Tiempo	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
SIDA	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Hacerlo	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Feo	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Consultar	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Aparato medico	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Atención	Frecc	-	-	1	-	-	8	3.1%
	Valor M **	-	-	(8)	-	-		
Valentía	Frecc	-	-	-	1	-	7	2.7%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Chistosa	Frecc	-	-	-	1	-	7	2.7%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Clínica	Frecc	-	-	-	1	-	7	2.7%
	Valor M **	-	-	-	(7)	-		
Desagradable	Frecc	-	-	-	-	1	6	2.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Violación	Frecc	-	-	-	-	1	6	2.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Comerciales	Frecc	-	-	-	-	1	6	2.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		
Quistes	Frecc	-	-	-	-	1	6	2.7%
	Valor M **	-	-	-	-	(6)		

VMT. = Peso Semántico; **Valor M. = Valor Ponderado; ***FMG. = Distancia Semántica Cuantitativa

J (Riqueza semántica de la red) = 45

7 Tablas de respuestas y categorización del cuestionario Grupo A

1 ¿Conoce que es el Papanicolaou?							
SI				NO			
Correcto	Frecc	*Incorrecto	Frecc	Correcto	Frecc	*Incorrecto	Frecc
	37	Confusión	4		2		1
			6				
PALABRAS DEFINIDORAS							
Exámen	Frecc 18	Matriz	Frecc 5	Chequeo	Frecc 2	*Enfermedad	Frecc 1
Cáncer	Frecc 14	Vagina	Frecc 1	Enfermedades	Fecc 1	*Verrugas	Frecc 1
Estudio	Frecc 12			Prevención	Frecc 1		
Detección	Frecc 11	*Enfermedad	Frecc 2				
Mujer	Frecc 7	*Virus del Papiloma Humano	Frecc 1				
Saber	Frecc 6	*SIDA	Frecc 1				
Oportuno	Frecc 6						
Cáncer Cervicouterino	Frecc 6						
Prevención	Frecc 5						
Cuello Matriz	Frecc 5						
Muestra	Frecc 4						
Células extrañas	Frecc 4						
Infección	Frecc 3						
Enfermedad	Frecc 3						
Periódico	Frecc 3						
Revisión	Frecc 2						
Vida sexual iniciada	Frecc 2						
Espejo	Frecc 2						
Células cervicales	Frecc 2						

Anual	Frecc						
	1						
6 meses	Frecc						
	1						
Ginecólogo	Frecc						
	1						
Temprana	Frecc						
	1						
Deber	Frecc						
	1						
Virus del Papiloma Humano	Frecc						
	1						
Cuidado	Frecc						
	1						
No morir	Frecc						
	1.						
Identificar	Frecc						
	1						
Raspar	Frecc						
	1						
Prueba	Frecc						
	1						
Moco	Frecc						
	1						
IMSS	Frecc						
	1						
Problemas	Frecc						
	1						
Chequeo	Frecc						
	1						
Microscopio	Frecc						
	1						

El desglose de las palabras definidoras y sus frecuencias es independiente del total obtenido, ya que algunas mujeres en sus respuestas nombraron más de una en sus oraciones.

La palabras definidoras marcadas con el * corresponden a la categoría de incorrectos

2 ¿De quien o como obtuvo la información?	
INFORMANTE	FRECUENCIA
Amistades ⁷	3
Mamá	1
Pareja	1
Familiares	1
Televisión	9
Folletos	7
Escuela	6
Internet	3
Libros	2
Conferencias	1
Revistas	1
Periódicos	1
Médicos (ginecólogo)	17
IMSS	12
Centro de salud	5
Enfermera	2
Clínica	1

3 ¿Qué piensa acerca del Papanicolaou?						
OPINIONES + Autocuidado (preservar la salud)	Frecc		OPINIONES - Confusión (Información errónea acerca del Pap)	Frecc	NEUTRALIDAD Desventajas (Limitantes del Pap)	Frecc
	43			4		2
Una mujer no dio respuesta						
PALABRAS DEFINIDORAS						
OBLIGACION (hay que realizarlo por recomendación de terceras personas)	Deber	Frecc 3	3			
	Hacer	Frecc 3				
	Obligatorio	Frecc 2				
	Ignorancia	Frecc 1				
	Mujer	Frecc 1				
	Enfermedad	Frecc 1				
	Moda	Frecc 1				
	Relacion de pareja	Frecc 1				
Prevención	Frecc		Enfermedad	Frecc	No completo	Frecc

⁷ De este grupo obtuvo la información la única mujer identificada como aquella que tiene desconocimiento total de que es el Pap

	14		4		1
Bueno	Frecc	Hombres	Frecc	Método	Frecc
	13		1		1
Importante	Frecc	Mala	Frecc	Útil	Frecc
	11		1		1
Hacer	Frecc	No se quita	Frecc	No preciso	Frecc
	8		1		1
Cáncer	Frecc	De cuidado	Frecc	Otras enfermedades	Frecc
	8		1		1
Detección	Frecc	Atender	Frecc	Cáncer	Frecc
	8		1		1
Mujer	Frecc	Deber	Frecc	Detección	Frecc
	7		1		1
Necesario	Frecc	Detección	Frecc		
	6		1		
Deber	Frecc	Oportuno	Frecc		
	4		1		
Cáncer Cervicouterino	Frecc				
	4				
Estudio	Frecc				
	4				
Chequeo	Frecc				
	4				
Periódico	Frecc				
	4				
Método	Frecc				
	4				
Enfermedad	Frecc				
	3				
Exámen	Frecc				
	3				
Oportuno	Frecc				
	3				
Ayuda	Frecc				
	3				
Cuidado	Frecc				
	3				
Opción	Frecc				
	2				
Hongos	Frecc				
	2				
Posibilidad	Frecc				
	2				
Problema	Frecc				
	1				
Quistes	Frecc				
	1				
Precauciones	Frecc				
	1				
Saber	Frecc				
	1				
Salud	Frecc				

	1				
Duda	Frecc				
	1				
Tranquilidad	Frecc				
	1				
Añal	Frecc				
	1				
Tratamiento	Frecc				
	1				
Falta de tiempo	Frecc				
	1				
Bienestar	Frecc				
	1				
Información	Frecc				
	1				
Incomodo	Frecc				
	1				
Poca práctica	Frecc				
	1				
Miedo	Frecc				
	1				
Enfermedades de transmisión sexual	Frecc				
	1				
Molesto	Frecc				
	1				

El desglose de las palabras definidoras y sus frecuencias es independiente del total obtenido, ya que algunas mujeres en sus respuestas nombraron más de una en sus oraciones

4 ¿Cree usted que es adecuado realizarse el Papanicolaou?		SI	Frecc 50
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ? ES ADECUADO REALIZARSELO			
Prevención	Frecc		Salud Frecc 16
	34		

5 ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez?		SI		Frecc 50			
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ? SE LO HAN REALIZADO							
Sugerencia de terceros			Decisión propia				
Recomendación Médica (ginecólogo)	Frecc	Deber u Obligación	Frecc	Salud	Frecc	Prevención	Frecc
	11		7		19		12
Solo una de las mujeres no dio respuesta al porque se lo realizaría							

7 ¿Qué sintió al realizarse el Papanicolaou?					
CATEGORIAS					
Nada	Frecc 18	Físico	Frecc 27	Emoción	Frecc 5
Dos mujeres no dieron respuesta					
PALABRAS DEFINIDORAS DE LAS CATEGORIAS					
	Dolor	Frecc 12	Miedo	Frecc 2	
	Incomodo	Frecc 8	Nervios	Frecc 1	
	Molestia	Frecc 4	Vergüenza	Frecc 2	
	Pelizco	Frecc 2			
	Cosquillas	Frecc 1			

¿Por qué sintió eso?					
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ?					
Nada		Físico		Emocional	
EXPLICACIONES QUE DA LAS MUJERES					
CREENCIA +	Revisión normal	PROCESO	Poca familiaridad hacia el proceso	CREENCIAS -	Por el dolor que pueda existir
	Rutina	MATERIAL	Higiene		
			Impresiones por todo el material utilizado		
		Por los tamaños			
PROFESIONALES	capacitados	PROFESIONALES	No preparación		
ACTITUD +	Porque es por el bienestar	RESPONSABILADA PROPIA	No relajación		Por el resultado
			Porque se debe sentir dolor		
	Desinformación de la prueba				
	Porque no es normal que urgen en ti				
	Por autocontrol		Porque estas conciente y sientes como te raspan		

8 ¿Qué emociones sintió?							
Emociones Negativas	Frecc			Emociones Positivas	Frecc	Nada	Frecc
	39						
Solo una mujer no dio respuesta							
EMOCIONES REPORTADAS							
Vergüenza	Frecc	Miedo	Frecc	Frecc	Bien	Frecc	
	15		4	19		2	
Nervios	Frecc	Vergüenza	Frecc	Frecc	Alivio	Frecc	
	6	Pánico	3			10	
Miedo	Frecc	Vergüenza	Frecc	Frecc	Gusto	Frecc	
		3	10			1	
	7	Incertidumbre	Frecc	10			
			1				
		1					
		1					

¿Por qué sintió eso?					
Emociones Negativas			Emociones Positivas		Nada
EXPLICACIONES QUE DA LAS MUJERES					
PROFESIONALES	Trato recibido		C P E R S O N A L E S	Saberse bien	Informadas
MATERIAL	Dolor 8				
PROCESO	Incertidumbre Por los resultados 4				
CUESTIONES PERSONALES	PUDOR 19	Porque tocan tus partes	P R O F E S I O N A L E S	Confianza	Conciencia
		Porque te ven			
		Porque son hombres los que te revisan y ven			
	Porque no tenemos el control ante la situación				
DESCONOCIMIENTO	Por miedo a la crítica		P R O F E S I O N A L E S	Confianza	Conciencia
	Tabú acerca del tema				
	Sobre el proceso del DOC				
	Desinformación general 9				

Los números que acompañan a algunas de las palabras refieren la frecuencia con que fueron mencionados. La ausencia de este indica que sólo se menciona una vez.

9 ¿Piensa seguir realizándose el Papanicolaou?		SI		Frecc	
				50	
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ? PIENAS SEGUIR REALIZANDOSELO					
Deber u obligación	Frecc	Salud (Conservarla y garantizarla)	Frecc	Prevención (Responsabilidad y decisión propia del cuidado de la salud)	Frecc
	8		17		24
Una mujer no dio respuesta					
PALABRAS DEFINIDORAS DE LAS CATEGORIAS					
Importante	Frecc	Salud	Frecc	Prevenir	Frecc
	2		8		16
Hacer	Frecc	Bien	Frecc	Oportuno	Frecc
	2		7		7
Deber	Frecc	Saber	Frecc	Enfermedad	Frecc
	2		3		6
Periódico	Frecc	Bueno	Frecc	Detección	Frecc
	2		1		5
Chequeo	Frecc	Cuidar	Frecc	Cáncer	Frecc
	2		1		3
Familia	Frecc	Monitoreo	Frecc	Problemas	Frecc
	1		1		1
Mujer	Frecc	Seguridad	Frecc	Salvar vida	Frecc
	1		1		1
Tener	Frecc	Familia	Frecc	Evitar	Frecc
	1		1		1
Obligación	Frecc	Tranquilidad	Frecc	Salud	Frecc
	1		1		1
Vida sexual iniciada	Frecc	Chequeo	Frecc	Saber	Frecc
	1		1		1
Indicación medica	Frecc			Cáncer cervicouterino	Frecc
	1				1

El desglose de las palabras definidoras y sus frecuencias es independiente del total obtenido en las categorías, ya que algunas mujeres en sus respuestas nombraron más de una en sus oraciones

1° ¿En su familia alguien ha sido diagnosticada con cáncer cervicouterino?	SI	Frecc	NO	Frecc
		11		40
¿Quién?	Mamá	Frecc		
		5		
	Abuela	Frecc		
		2		
	Tías	Frecc		
		2		
	Prima	Frecc		
		1		
	Suegra	Frecc		
		1		

3° ¿Cómo ha sido su vivencia estando con alguien enfermo de cáncer cervicouterino?	
PALABRAS DEFINIDORAS DE LA VIVENCIA	
Tristeza	Frecc
	2
Desesperación personal y familiar	Frecc
	1
Estrés	Frecc
	1
Ansiedad	Frecc
	1
Desestabilizad familiar	Frecc
	1
Terrible	Frecc
	1
Devastador	Frecc
	1
Feo	Frecc
	1
Sufrimiento	Frecc
	1

2° ¿Alguien cercano a usted ha padecido o padece de Cáncer cervicouterino?	SI	Frecc	NO	Frecc
				8
¿Quién?	Amiga	Frecc		
		7		
	Pacientes	Frecc		
		1		

3° ¿Cómo ha sido su vivencia estando con alguien enfermo de cáncer cervicouterino?		
PALABRAS DEFINIDORAS DE LA VIVENCIA		
Doloroso	MUERTE	Frecc
	Sufrimiento	5
	Tristeza	
	Difícil	
Horrible/Espantosa	Frecc	
	1	
Desagradable	Frecc	
	1	
Tristeza	Frecc	
	1	
Difícil	Frecc	
	1	

8 Tablas de respuestas y categorización del cuestionario Grupo B

1 ¿Conoce que es el Papanicolaou?							
SI				NO			
Correcto	Frecc	Confusión	Frecc	Correcto	Frecc	Confusión	Frecc
	18	*Incorrecto	3 1		18	*Incorrecto	4 4
PALABRAS DEFINIDORAS							
Cáncer	Frecc 21	Vagina	Frecc 1	Exámen	Frecc 19	Matriz	Frecc 3
Exámen	Frecc 7	Matriz	Frecc 2	Cáncer	Frecc 6	Tres años	Frecc 1
Saber	Frecc 7			Prevenir	Frecc 6		
Prueba	Frecc 5	*Cáncer	Frecc 1	Mujeres	Frecc	*Enfermedad	Frecc 3
Hacer	Frecc 4			Chequeo	Frecc 3	*Ovarios	Frecc 1
Análisis	Frecc 3			Prueba	Frecc 3		
Prevenir	Frecc 2			Hacer	Frecc 3		
Órgano femenino	Frecc 2			Importante	Frecc 2		
Muerte	Frecc 1			Sirve	Frecc 2		
Cervix	Frecc 1			Enfermedad	Frecc 2		
Mujer	Frecc 1			Inicio de vida sexual	Frecc 2		
Muestras	Frecc 1			Realizar	Frecc 1		
Anomalías	Frecc 1			Cáncer cervicouterino	Frecc 1		
Salud	Frecc 1			Infección	Frecc 1		
Enfermedad	Frecc 1			Estudio	Frecc 1		
Evaluar	Frecc 1						
Chequeo	Frecc 1						
Detección	Frecc 1						
Virus del	Frecc						

Papiloma Humano	1						
	1						
Dos mujeres simplemente respondieron no saber sin dar mas explicación							

El desglose de las palabras definidoras y sus frecuencias es independiente del total obtenido, ya que algunas mujeres en sus respuestas nombraron más de una en sus oraciones.

La palabras definidoras marcadas con el * corresponden a la categoría de incorrectos

2 ¿De quien o como obtuvo la información?	
INFORMANTE	FRECUENCIA
Amigas	6
Familiares	1
Otro grupo de Mujeres que ya se lo han realizado	1
Mamá	1
Gente	1
Hermana	1
Novio	1
Televisión	20
Escuela	3
Trabajo	3
Folletos	2
Cartelones	1
Libros	1
Revistas	1
Médicos	6
Centro de Salud	4
Clínicas	4
IMSS	4
Campañas publicitarias	1
Platicas	3
Lo que escucho	2
Investigación propia	1

3 ¿Qué piensa acerca del Papanicolaou?										
OPINIONES + Autocuidado (preservar la salud)	Frecc		OPINIONES - (Información errónea acerca del Pap)	Frecc		NEUTRALIDAD Desventajas (Limitantes del Pap)	Frecc			
	30			19			1			
PALABRAS DEFINIDORAS										
OBLIGACION (hay que realizarlo por recomendación de terceras personas)	Deber	Frecc 3	8	I M P R E S I C I O N E S	Enfermedad	Frecc 3	6	B U E N A	Frecc	Frecc
	Hacer	Frecc 3			Prevenir	Frecc 2				
	Obligatorio	Frecc 2			Mujer	Frecc 1				
	Ignorancia	Frecc 1			Riesgo	Frecc 1				
	Mujer	Frecc 1			Morir	Frecc 1				
	Enfermedad	Frecc 1			Detectar	Frecc 1				
	Moda	Frecc 1			Malo	Frecc				
	Relación de pareja	Frecc 1				1				
	Buena	Frecc 11			CENTRADO EN EL DOLOR	Dolorosa			Frecc 2	Frecc
Hacerlo	Frecc 7	Miedo	Frecc 1							
Exámen	Frecc 6	Prueba	Frecc							
Bien	Frecc 6		1	3						
Importante	Frecc 6									
Necesario	Frecc 4	1	1							

Salud	Frecc 4						
Chequeo	Frecc 4		Exámen	Frecc 1			
Saber	Frecc 4		Buena	Frecc 1			
Detectar	Frecc 3						
Mujer	Frecc 3		Procedimiento médico	Frecc 1	Frecc		
Prevención	Frecc 3		Estándar	Frecc 1			
Cáncer	Frecc 2	CENTRADO EN EL PROCESO	Procedimiento médico	Frecc 1	1		
Prueba	Frecc 2						
Ayuda	Frecc 2		Exámen	Frecc 1			
Femenina	Frecc 2		Deber	Frecc 1	Frecc		
Dar	Frecc 1		Realizar	Frecc			
Tratamiento	Frecc 3	CENTRADO EN LAS NORMAS SOCIALES					
Enfermedades	Frecc 1						
Cuidarte	Frecc 1						
No morir	Frecc 1						

Esencial	Frecc			1	1			
	1			Inicio vida sexual				
Frecc	1							
1	Múltiples parejas			Frecc				
Frecc				1				
1								
Frecc								
1								
Frecc								
1								

El desglose de las palabras definidoras y sus frecuencias es independiente del total obtenido, ya que algunas mujeres en sus respuestas nombraron más de una en sus oraciones.

4 ¿Cree usted que es adecuado realizarse el Papanicolaou?				SI		Frecc	
				NO		Frecc	
						49	
						1	
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ? ES ADECUADO REALIZARSELO							
Prevención	Frecc	Salud	Frecc	Información	Frecc	Sugerencia de terceros	Frecc
	33		10		4		2
La única mujer que dijo que no refiere no tener la mas mínima idea de que es el Papanicolaou							

5 ¿Se ha realizado el Papanicolaou alguna vez?				NO		Frecc			
						50			
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ? SE LO HAN REALIZADO									
Personal				Sugerencia de terceros					
Decidía			Frecc total	Frecc	*Atribución al personal	No me han dado fecha	Frecc	Frecc total	
			12			1	5		
			12			No tengo medico de cabecera			Frecc
						1			5
12	No existe confianza	Frecc							
	1	No siempre están	Frecc						
*Falta de tiempo	Por atender hijos	Frecc	Frecc	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	2	12							
Miedo	Por el trabajo	Frecc	5	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	2	12							
Dolor	Resultados	Frecc	5	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	3	5							
No necesario	Contar solo con una pareja sexual	Frecc	5	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	2	5							
	No haber hijos	Frecc							
	1	5							
*Pena	No es importante	Frecc	5	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	1	5							
aún no es tiempo	Mi marido no me deja	Frecc	3	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	1	3							
*Pena	A que me vean	Frecc	3	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	Frecc	Frecc	
	1	3							
Por	No se de	Frecc	Frecc	39	Falta de servicio de salud	No tengo servicio medico gratuito	2	2	

desconocimiento	que se trata	1					
	No me gusta ir a las clínicas	Frecc	2				
		1					
Seis mujeres no dieron respuesta al ¿Por qué? no se lo han realizado							

Las categorías marcadas con un * significan que la diferencia existente entre lo reportado como el total de frecuencias y las frecuencias desglosadas es debido a la especificidad para la categoría

10 ¿Qué emoción le causa el pensar realizarse o hacerse el Papanicolaou?							
Negativas		Frecc		Positivas	Frecc	Ninguna	Frecc
		43			2		2
Miedo	Dolor	Frecc	20	Alegría	Frecc	Frecc total	2
		13					
	Resultados	Frecc			6		
	Por limpieza del lugar	Frecc			1		
Vergüenza	A ser vistas por hombres	Frecc	14	Tranquilidad	Frecc	2	1
		7					
	A ser vistas	Frecc			6		
	Por desconocimiento del proceso	Frecc			1		
*Nervios	Dolor	Frecc	8		1		
		3					
	Por ser desconocido	Frecc					
	Por el resultado	Frecc			1		
Angustia		Frecc					
		1					
Desagrado		Frecc					
		1					
Tres mujeres no dieron respuesta							

Los rubros marcadas con un * significan que la diferencia existente entre lo reportado como el total de frecuencias y las frecuencias desglosadas es debido a la especificidad para el rubro

11 ¿Piensa realizarse el Papanicolaou alguna vez?	SI	Frecc 49	
	NO	Frecc 1	
CATEGORIAS DEL ¿POR QUÉ? PIENSAN REALIZARSELO?			
Sugerencias de terceros		Decisión personal	
Recomendación médica	Frecc	Salud	Frecc 32
	1	Prevención	Frecc 9
		Necesidad	Frecc 4
		Saber	Frecc 2
		Porque es bueno	Frecc 1
La mujer que respondió que no, argumento no tener la información y por ello no pensar en realizárselo			

1°¿En su familia alguien ha sido diagnosticada con cáncer cervicouterino?	SI	Frecc 4	NO	Frecc 44
	¿Quién?	Tías		Frecc 2
		Abuela	Frecc 1	
		Prima	Frecc 1	
Dos de las mujeres reportaron haber tenido contacto con personas diagnosticadas con cáncer, solo que de uno diferente al cervicouterino, una de ella menciona tener antecedentes familiares de diversos tipos de cáncer (páncreas, hígado, intestino, mamas) y la otra solo indico tener antecedentes de cáncer de mamá en la familia.				

3° ¿Cómo ha sido su vivencia estando con alguien enfermo de cáncer cervicouterino?		
PALABRAS DEFINIDORAS DE LA VIVENCIA		
Tristeza	Cansado	Frecc 2
		Frecc 2
Doloroso	Triste	Frecc 1
		Frecc 1
Feo	Duro	Frecc 1
		Frecc 1
Difícil		Frecc 1

2° ¿Alguien cercano a usted ha padecido o padece de Cáncer cervicouterino?	SI	Frecc	NO	Frecc
		6		44
¿Quién?	Amiga	Frecc 2		
	Vecina	Frecc 2		
	Mamá de amigo	Frecc 1		
	Comadre	Frecc 1		

3° ¿Cómo ha sido su vivencia estando con alguien enfermo de cáncer cervicouterino? PALABRAS DEFINIDORAS DE LA VIVENCIA		
Tristeza	Coraje	Frecc 2
		Frecc 2
Doloroso	Impresionante	Frecc 2
		Frecc 1
Miedo		Frecc 1