

Factores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de vph y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo-Venezuela

Lucrecia Contreras¹, Emma Martín², Gysell Plata³, Ainhoa Lazo⁴,
Carmelina López⁵, Liborio Ingala⁵ y Marco Guevara⁵

lecontreras@uc.edu.ve.

¹ Centro de Investigación en Enfermedades Tropicales
“Dr. J. Witremundo Torrealba”. Universidad de Carabobo (CIET-UC).
San Carlos. Estado Cojedes.

² Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Fcs-UC.

³ Misión Ciencias. Ministerio de Ciencia y Tecnología.

⁴ Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UC.

⁵ Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UC.

Resumen

La presente investigación exploró los factores psicosociales que afectan la asistencia de mujeres a la jornada de pesquisa de VPH y cáncer de cuello uterino en la población de Macapo, Cojedes-Venezuela. El diseño consistió en una investigación de campo, descriptiva, con entrevistas semiestructuradas a 14 mujeres, mayores de 18 años que rehusaron asistir a las jornadas realizadas en dicho municipio. Los resultados arrojaron factores a nivel sociocultural, del servicio sanitario y personal, donde resaltan la falta de confianza en la relación médico-paciente, desconocimiento y desinformación sobre el VPH y la citología, y vergüenza, apuntando a la necesidad de mejorar los vínculos terapéuticos, desarrollar campañas educativas tempranas y limitar el número de visitas necesarias para el tratamiento, para evitar la deserción.

Palabras Clave: VPH, cáncer de cuello uterino, asistencia a servicios de salud.

Psychosocial factors that affect the attendance to days of search of HPV and cervical cancer in women from Macapo municipality, Venezuela

Abstract

The present investigation explored the psychosocial factors that affect women's attendance to the day of HPV's search and cervical cancer in the population of Macapo, Cojedes State, Venezuela. The design consisted of a descriptive field research. 14 women who were above the age of 18 answered semi structured interviews. They refused to attend the days realized in the above mentioned municipality. Results reveal the influence of sociocultural factors, sanitary and personal services such as lack of confidence in doctor-patient bond, ignorance and misleading information about the HPV and the Pap test and a sense of shame. These findings point out the need to improve the therapeutic relationships, to develop early educative campaigns and to limit the number of visits in order to avoid giving up the treatment.

Key words: HPV, cervical cancer, attendance to health services.

El cáncer de cuello uterino (CaCu) sigue siendo una causa importante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención, cuando se cuenta con las condiciones y los medios adecuados para la aplicación de la citología de cuello uterino (Papanicolaou). Actualmente se estima que el Papanicolaou puede reducir la tasa de muerte por CaCu en un 70% o más. La incidencia y la mortalidad del CaCu pueden tener relación con diferencias en el acceso a los servicios de salud, la calidad de los mismos, la situación socioeconómica, la educación, así como aspectos culturales y psicosociales de las mujeres (Lewis, 2004; Kitchener, Castle, y Cox, 2006).

El éxito de los programas de detección de lesiones precursoras y de CaCu tratable, es atribuible a un esquema sistemático de consultas, donde toda mujer asiste periódicamente a realizarse la prueba. Un programa público de educación para la salud deficiente, trae consigo desconocimiento sobre la prevención de esta patología y una insuficiente demanda de la prueba de tamizaje por parte de la población femenina (Denny, Quinn, Sankaranarayanan, 2006; Kitchener, Castle, y Cox, 2006).

Desafortunadamente, muchas veces los beneficios del tamizaje no están disponibles en todos los países en desarrollo, debido a la carencia de recursos. En América Latina, la cobertura de los programas preventivos puede ser alta en ciertos lugares, pero la calidad del tamizaje y el acceso al tratamiento son típicamente deficientes siendo las tasas de CaCu unas de las más altas en el mundo. Uno de los retos más significativos que enfrentan estos programas, es que a muchas mujeres en el mundo se les ha negado la posibilidad de beneficiarse de cualquier forma de prevención, lo cual se estima que resultaría en un millón de muertes por esta patología en los próximos cinco años (Kitchener, Castle, y Cox, 2006).

Diversos estudios se han realizado para conocer las razones por las cuales las mujeres no demandan los servicios de detección temprana del CaCu. En Bolivia, durante el año 2004 se desarrolló un proyecto en una población de barrios peri-urbanos, a través de la aplicación de encuestas y entrevistas a profundidad. La investigación muestra que las mujeres no acuden a los servicios de salud por falta de información en un gran porcentaje, información inadecuada e inequidad de género, sus parejas deciden por ellas en una gran parte de los casos. Además resume 3 tipos de barrera por los cuales las mujeres no se someten a exámenes de detección: las de información, las psicológicas y las socio-culturales (Stopes, 2004).

Un grupo de investigadores mexicanos en el año 2001, reportó diferencias en las razones expuestas para la no realización de la citología entre mujeres con actividad sexual y sin ella. Aquellas que tienen vida sexual activa, lo consideran innecesario, ignoran para que sirve la prueba, o creen que produce enfermedades en útero, vagina e inicia patologías peligrosas; las mujeres sin actividad sexual, no asisten por el hecho de no tener relaciones sexuales ni enfermedades vaginales. Otras causas son, preferencia por una clínica privada o especialista, no les gusta el examen, miedo a saber que tienen cáncer, miedo a la destrucción de la relación con su pareja, preferencia por una mujer para la toma de la muestra, temor al dolor durante la misma, y otras solo se la practican si tienen sangrado extra menstrual (Arguero, García-Monroy, Álvarez-Gasca, Montaña-Arvizu y Durán-Días, 2006).

Otra investigación en Cuba en el año 2002, de tipo caso-control, relacionó nivel educacional y estado socioeconómico de la población femenina con actitudes frente a la prueba de tamizaje cervical; predominaron los siguientes factores: temor a la prueba en sí, temor ante el posible diagnóstico positivo de CaCu y realización del examen en locales inadecuados (Soto, Martín, Carballo, y Benítez, 2003).

Se han descrito diversos factores que pueden afectar la capacidad y el deseo de las mujeres para participar en los programas preventivos y se han clasificado en tres categorías: la primera, los factores surgidos de normas socioculturales y el nivel educativo, que influyen en puntos de vista de las mujeres sobre la salud reproductiva, el bienestar y la noción de enfermedad. La segunda, los elementos relativos a los requerimientos clínicos y al tipo de sistema proveedor de salud. La tercera, los puntos concernientes a las razones inherentes a la persona (Bingham, et al., 2005).

Con relación a los factores socioculturales, algunas mujeres manifiestan que les resulta problemático acudir a un centro para someterse a un tamizaje si se “sienten saludables”, pues deben convencer a sus compañeros de pagar el transporte cuando no se ven enfermas. La Organización Panamericana de la Salud en Latinoamérica ha encontrado que las mujeres generalmente no entienden que el CaCu es una enfermedad evitable. En muchos escenarios las mujeres creen erróneamente que los exámenes de tamizaje cervical también se utilizan para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por lo tanto, deciden no someterse al tamizaje, ya que el resultado positivo se considera como prueba de infidelidad marital. En algunas comunidades el examen pélvico es conocido como “colgar las

piernas” y las mujeres se refieren a la experiencia como “entregarse una misma” (Bingham, et al., 2005). Por lo antes expuesto, la educación es un componente esencial en la salud humana, las familias con más educación disfrutaban de una mejor salud, tanto adultos como niños. En países en vías de desarrollo, las mujeres tienden a tener una educación más pobre, actitudes de demanda del servicio sanitario deficientes, acceso limitado a la salud y en muchas sociedades tienen un estatus inferior al del hombre, con menos control sobre los recursos familiares, mínimo acceso al dinero y en general, menor poder en la sociedad, lo cual genera profundas consecuencias sobre su calidad de vida (Denny, Quinn, y Sankaranarayanan, 2006).

Por otra parte, entre las barreras relacionadas con el sistema proveedor de salud, existe la ubicación del servicio, que muchas veces constituye el principal obstáculo en los escenarios de bajos recursos. Las mujeres acuden sólo cuando pueden pagar el viaje, delegar sus responsabilidades hogareñas y obtener apoyo de su pareja. Otra barrera determinante es la necesidad de múltiples visitas al centro de salud, para el tamizaje, el diagnóstico confirmatorio, el tratamiento y el seguimiento, además es común el retardo en el envío de los resultados de la prueba desde los laboratorios hasta los centros de salud, lo que genera conflictos económicos y contribuye a la aparición de elevadas cifras de abandono (Bingham, et al., 2005; Denny, Quinn, y Sankaranarayanan, 2006).

También son determinantes las condiciones en que se efectúa la consulta, el modo eficaz y respetuoso en que se ofrece información a la mujer, la posibilidad de que ella haga preguntas y el proceso de lograr un consentimiento informado, así como el respeto a la privacidad y la confidencialidad. Son igualmente importantes, la apariencia, limpieza de la clínica y del personal (Bingham, et al., 2005).

En cuanto a los factores inherentes a la persona, muchas mujeres expresaron también su anhelo de intimidad. Comúnmente se sienten avergonzadas, sobre todo cuando se carece de privacidad o cuando el examen es realizado por profesionales de sexo masculino; ellas se sienten humilladas por exponer sus genitales y ser tocadas por un extraño. Otro aspecto importante lo constituye la falta de conveniencia horaria, ya que muchas mujeres dejan de asistir a la consulta, por cumplir con sus labores y responsabilidades en el hogar (Bingham, et al., 2005).

En Venezuela durante el año 2005, el cáncer representó la segunda causa de muerte. Dentro de la mortalidad por cáncer, el de órganos genitales femeninos ocupó el tercer lugar, con 1324 muertes por CaCu, de las cuales 19 correspondieron al Estado Cojedes (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2005). Durante los años 1999-2004 en el Municipio Lima Blanco, se realizó una investigación, que reportó una alta prevalencia de citologías alteradas con baja cobertura anual del programa de pesquisa de CaCu, por lo que se planteó la necesidad de realizar un estudio, con el objetivo de indagar los factores determinantes de la inasistencia a la consulta de pesquisa de CaCu en esa localidad (Pandare y Padilla, 2005).

Este estudio representa un aporte que permitirá tomar medidas educativas basadas en las actitudes que tiene la mujer ante la prueba de Papanicolaou, que le proporcionen toda la información acerca de los beneficios de una detección oportuna de lesiones precancerosas, y así optimizar la participación de la población femenina en el programa de prevención de CaCu. Asimismo, servirá de base para estudios posteriores que permitan mejorar la comunicación con la comunidad y realizar un enfoque sistémico, coherente y apropiado en términos lingüísticos, que use información técnicamente exacta y culturalmente apropiada, adaptada a las necesidades de la mujer.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo, con enfoque descriptivo, basado en el diseño narrativo, en el cual los datos clave son constituidos por experiencias personales, grupales y sociales de los participantes, que fueron analizadas y expuestas en el informe de la investigación, además se hizo un abordaje interpretativo, fundamentado en la fenomenología, que pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Se utilizó como método, la entrevista semiestructurada. Se abordaron temas previamente recogidos en un guión, decidiendo cómo y cuándo formular las preguntas en función de las respuestas; los temas incluidos en el guión se referían a los factores y actitudes de las mujeres, que influyen en la no asistencia a la consulta de pesquisa de CaCu.

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de julio y agosto del año 2007, en un área de estudio que abarco la zona urbana de Macapo, municipio Lima Blanco, estado Cojedes. Previa obtención de consentimiento informado, las entrevistas, tuvieron una duración de 15 minutos cada una, fueron grabadas en el lugar de residencia de cada entrevistada, utilizando una grabadora marca JWIN modelo JXR36. Se entrevistaron 14 mujeres con rango de edad comprendido entre 18 y 70 años; tomando como criterios de inclusión la mayoría de edad (18 años) y el no asistir a la consulta de pesquisa de CaCu en el ambulatorio de Macapo, las cuales fueron localizadas de acuerdo a información dada por un promotor de salud de la zona.

La información obtenida se transcribió textualmente y se realizó un análisis de contenido. Posteriormente, los datos fueron segmentados manualmente en relación con las diferentes actitudes de las entrevistadas ante la citología de cuello uterino, y categorizados en factores inherentes al nivel sociocultural, al servicio sanitario y a la persona.

RESULTADOS

Una vez transcritas las 14 entrevistas se categorizaron en los siguientes 3 factores:

Tabla 1
Categorización en factores

Factores	Categorías	Frases
Nivel Socio-cultural	Desinformación, desconocimiento e ignorancia (7 veces)	“No se exactamente que es la citología”
		“Es para detectar hongos y enfermedades venéreas”
Servicio sanitario	Falta de confidencialidad-privacidad (5 veces)	“No he ido a realizarme la citología, porque no siento nada y porque a mi ya se me fue la regla”
		“Si a uno le sale algo, todo el mundo se entera”
	Desconfianza hacia el especialista (1 vez)	“No le tengo confianza al doctor”

	Inconformidad con el servicio (1 vez)	“Me parece que no hace bien su trabajo”
	Temor al especialista (1 vez)	“No he ido más porque le agarré miedo al Dr....”
	Desconocimiento sobre el servicio (1 vez)	“No sabía que ahí lo hacían, en el ambulatorio”
Personal	Preferencia por un ginecólogo particular (4 veces)	“No asisto al ambulatorio porque tengo mi ginecólogo particular”
	Vergüenza (2 veces)	“La verdad, me da pena hacérmelo”
	Falta de tiempo (2 veces)	“No asisto al ambulatorio por flojera, por descuido, por el trabajo”
	Desinterés (2 veces)	“La verdad se me pasó, y no he ido más, no tomé interés en ir”
	Temor a la prueba (1 vez)	“Esos aparatos me dan miedo”
	Dificultad para trasladarse (1 vez)	“Tu sabes como es uno de viejo, descuidado, y tengo problemas en mis rodillas y no salgo sola”

DISCUSIÓN

Durante la realización del trabajo de campo, pocas personas se prestaron a ser entrevistadas, exponiendo motivos como indisposición y falta de tiempo, lo que constituyó una limitación en la investigación.

Durante la revisión de la temática en estudio se encontró que en muchos países alrededor del mundo, hay desconocimiento acerca de la citología de cuello uterino y se tienen ideas erradas acerca de su utilidad, situación que también refleja este estudio. Por este motivo se puede inferir que existen fallas en el sistema de salud, en cuanto a la divulgación y promoción de estilos de vida saludables, así como deficiencia en la ejecución de programas preventivos y educativos acerca del CaCu. Similares hallazgos tuvieron los estudios en Bolivia y México (Arguero, García-Monroy, Álvarez-Gasca, Montaña-Arvizu, y Durán-Días, 2006; Stopes, 2004), los cuales señalan como principal determinante la falta de conocimiento acerca de la citología, desinformación, información inadecuada y en gran parte de los casos sus

parejas deciden por ellas. En contraste, la Alianza para la prevención del CaCu refiere la falta de apoyo social y económico por parte de las parejas como una de las razones que más afecta el uso de los servicios de prevención del CaCu (Bingham, et al., 2005), no siendo esto referido por ninguna de las entrevistadas.

En relación al sistema de salud, la principal barrera encontrada es la falta de confidencialidad-privacidad, similar a lo señalado por otros autores (Bingham, et al., 2005); por lo cual se podría suponer que las pacientes perciben que no se esta respetando su intimidad, tanto por parte del galeno, como por parte del resto del personal de apoyo del ambulatorio. Otra barrera importante hallada en este trabajo, es la desconfianza hacia el especialista encargado de tomar la muestra, no reflejada por otros estudios donde las limitantes relacionadas con el sistema de salud no parecen ser determinantes (Soto, Martín, Carballo, y Benítez, 2003; Stopes, 2004). La inaccesibilidad geográfica, que es reportada como una limitante de peso en escenarios de bajos recursos (Bingham, et al., 2005), no fue un hallazgo importante en este estudio.

En cuanto a los factores personales, razones como preferencia por un médico particular, vergüenza ante la realización de la prueba y temor a la misma, fue el común denominador en las entrevistas realizadas, similar a lo referido por otros autores (Arguero, García-Monroy, Álvarez-Gasca, Montaña-Arvizu, y Durán-Días, 2006; Bingham, et al., 2005), por lo cual es razonable pensar que no se están estableciendo relaciones médico-paciente empáticas y efectivas, en consecuencia las mujeres se ven negadas a asistir a la consulta ginecológica en el ambulatorio de la localidad.

Otras investigaciones realizadas en Venezuela muestran igualmente entre las principales razones, el miedo, la vergüenza, y la inaccesibilidad a los centros de salud (Comunián, Blanchard, Briceño, y Martí, 2008), factores que alcanzan incluso la población universitaria. Estos hallazgos ponen de manifiesto igualmente la necesidad de desarrollar programas de prevención de inicio temprano, puesto que se ha indicado como factor de riesgo de CaCu la sexarquia con edad menor de 20 años y que según grupos analizados, existe una relación entre menor edad de iniciación sexual y una mayor severidad de la lesión (Larrauri, 1998). En esta investigación obtuvimos que la sexarquia estuvo comprendida entre 17 y 20 años, es decir, que se encontrarían como población en riesgo para el CCU (Comunián, Blanchard, Briceño, y Martí, 2008). A este respecto resulta primordial evaluar la conducta sexual en la

adolescencia, que según estudios se considera que es en muchos casos, una conducta de riesgo, debido a que suele tener lugar en sitios y situaciones poco apropiados, sin uso de métodos de barrera, planificación familiar, o conocimientos sólidos sobre la sexualidad (Cano, 1999).

En Inglaterra, se evaluó el elemento del **riesgo percibido** de padecer cáncer de cuello uterino como consecuencia de infección por VPH (Marlow, Waller, y Wardle, 2009). Los autores determinaron que, al presentar información sobre el VPH, la percepción de riesgo de padecer CaCu aumentó en las poblaciones más jóvenes, en mayor medida que en grupos de edad avanzada, sin embargo, en todo el espectro se observaron cambios en la actitud hacia la importancia de la pesquisa de CaCu y de la detección de VPH, por lo que es importante enfatizar en el tema del riesgo de padecer cáncer durante las campañas educativas, iniciando preferiblemente en las edades más tempranas, donde el factor preventivo se potencia, no sólo por los mayores efectos de la información sobre la consciencia del riesgo, sino por sus posibles efectos en la conducta sexual posterior. Se recomienda replicar estos estudios en la población venezolana explorando los diferentes grupos étnicos y agregando la variante socioeconómica como un factor interviniente.

Se entiende que las estrategias preventivas/educativas son variadas, pero las investigaciones sobre la prevalencia de las ITS a edades tempranas y la precoz iniciación sexual de los y las adolescentes en Venezuela apuntan hacia la necesidad de diseñar programas masivos que tengan inicio durante la educación primaria (Plata, Tampo, Russotto, y Rosales, 2006). Sin embargo estos no deben detenerse allí, sino extenderse a la vida universitaria, puesto que, aunque se haya considerado a la población estudiantil universitaria de bajo riesgo, dado su perfil educativo, no existen programas universitarios que estimulen la asistencia a las consultas de despistaje y se ha encontrado que presentan razones similares a la población evaluada en la presente investigación para dejar de asistir a la consulta (Alfonso y cols., 2003; Larrauri, 1998). Además se debe hacer énfasis en las ITS de mayor presencia en la población, empezando por el Virus del Papiloma Humano (VPH), ya que alrededor de 15 de sus 150 tipos se presentan en la mayoría de los carcinomas invasores y se consideran de alto riesgo oncogénico (De Sousa, Mata, y Camejo, 2007).

La prevención del CaCu debe entonces tener entre sus aspectos más importantes la prevención y educación sobre el VPH y su detección temprana, lo cual requiere de rompimiento con tabúes, establecimiento de relaciones médico-pacientes más sólidas y confiables, desarrollando un sistema de salud accesible y eficiente, de modo que los factores ansiógenos que limitan la asistencia a la consulta, se vean disminuidos a la par de los factores logísticos, puesto que ambos influyen no sólo en la realización de la prueba, sino que afectan el manejo general de las ITS y en última instancia de la enfermedad por CaCu (Marlow, Waller, y Wardle, 2009).

Diversos estudios han recomendado para mejorar los programas de pesquisa y tratamiento de CaCu (Alfonso y cols., 2003; Mc Caffery, 2007) enfatizar en el acceso a servicios de salud como un derecho indiscutible de la mujer; aumentar los recursos económicos invertidos en estos programas y servicios; combinar la citología con inspección visual y pruebas de ADN de VPH, y tratar las lesiones pre-cancerosas con cryoterapia en una sola visita, de modo que se reduzca el riesgo de deserción del tratamiento, lo que ha arrojado un 85% de eficacia, excepto cuando se sospecha la existencia de un cáncer cervical invasivo, en cuyo caso se recomienda el uso de métodos de diagnóstico intermedios como la colposcopia. Otro aspecto importante es incluir a las parejas en el proceso de planificación y prevención de infecciones, de modo que la responsabilidad sea compartida y no recaiga exclusivamente en las mujeres (Mc Caffery, 2007). Las campañas informativas deben incluir datos sobre cómo identificar la infección (síntomas), sus causas, el tiempo que la enfermedad tarda en aparecer y cuánto dura, consecuencias, controles y curas, y las posibilidades de prevención por medio de vacunas (Marlow, Wardle, Grant, y Walle, 2009). Esta información debe ser suministrada desde un encuadre empático por parte de educadores y personal de salud, puesto que, la información puede generar factores de ansiedad y vergüenza que afecten la asistencia a servicios de salud, especialmente en grupos con bajo nivel educativo (Waller, Marlow, Wardle, 2009). La información debe ser clara, específica y explicada en un nivel comprensible para la paciente, aclarando dudas, y enfatizando en el tacto para no generar ansiedad y producir un efecto iatrogénico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En conclusión, los factores que afectan la asistencia a la consulta de pesquisa de CaCu en la población entrevistada, fueron principalmente de índole socio-cultural, fundamentalmente el desconocimiento y la ignorancia acerca de la utilidad y el verdadero concepto de citología de cuello uterino. En relación a los factores inherentes al servicio sanitario y a la persona, las razones que más aparecieron, fueron la falta de confidencialidad-privacidad y la preferencia por un médico particular.

En vista del desconocimiento sobre la utilidad de la citología por parte de la población entrevistada, se considera pertinente enviar la información al Distrito Sanitario, o al programa de Prevención de CaCu, para que se evalúen los factores determinantes y se tomen acciones educativas que mejoren el acceso a la información adecuada acerca de la utilidad y ventajas de la prueba de citología de cuello uterino. Es importante que esta información incluya explicaciones claras y profundas sobre las diferentes enfermedades, se inicien en la adolescencia temprana e incluso en la pubertad (preferiblemente en la población de educación primaria) con extensión a la población en educación superior para generar una percepción de riesgo y conocimientos sobre sexualidad responsable y métodos de prevención. El abordaje temprano aumenta el impacto de la información y reduce la propensión a sentir vergüenza y ansiedad por la misma, lo que se proyecta en menos conductas sexuales de riesgo y mayor asistencia a servicios de salud.

Además, es de suma importancia implementar estrategias para reducir la cantidad de visitas que deba realizar una persona a la consulta, de modo que se disminuya el riesgo de deserción, así el diagnóstico precoz (combinando la inspección visual con las pruebas moleculares) y tratamiento oportuno de las lesiones precursoras (eliminar el VPH) deben realizarse en una sola visita de ser posible.

Los resultados obtenidos servirán para realizar un cuestionario, que permita estudiar esta problemática en otras comunidades, utilizando métodos tanto cualitativos como cuantitativos combinados para determinar la presencia o no de los factores hallados en este estudio u otros factores, y de esta manera sea posible buscar correctivos y elaborar programas adecuados a las necesidades de la población, para disminuir el número de mujeres que

no asisten al control ginecológico y así prevenir el cáncer de cuello uterino. Asimismo, aporta información importante sobre los focos relevantes a trabajar en campañas educativas y preventivas del CaCu.

AGRADECIMIENTOS

A las personas entrevistadas, quienes voluntariamente ofrecieron su tiempo y su testimonio, a la Sra. Anna Martini por su valiosa colaboración en la transcripción de las entrevistas, al Sr. “Cheo” quién sirvió de guía para localizar a las mujeres entrevistadas. Financiado por Proyecto G2005000408 y Proyecto **LUZLab 20070071088**.

REFERENCIAS

- Alfonso, B., Lozada, C., Correnti, M., Cavazza, ME., Michelle, P. y Salma, N. (2003). Detección del Virus del Papiloma Humano en Muestras Cervicales de una Población de Estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. *Revista de la Facultad de Medicina* 26 (2), 120-126.
- Arguero, L., García-Monroy, L., Álvarez-Gasca, M., Montañó-Arvizu, C., y Durán-Días, A. (2006). Información y actitudes relacionadas con el Papanicolaou en estudiantes de licenciatura, mujeres docentes y personal administrativo. *Revista de la Facultad de Medicina México* 49(1): 8-14.
- Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. (2005). Factores que afectan la utilización de los servicios de prevención del cáncer cervicouterino en escenarios de bajos recursos. En: P. Alonso., E. Lascano., M. Hernández., (Eds). *Cáncer cervicouterino diagnóstico, prevención y control* (pp. 301-310). México: Editorial Médica Panamericana.
- Cano, A. (1999). Adolescencia y Sexualidad. Manual de Prácticas Clínicas para la atención en la adolescencia. *La Habana, Cuba, MINSAP*, 243-252
- Comunián, G., Blanchard, S., Briceño, J., y Martí, A. (2008). Inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarias. *Gaceta Médica Caracas*, 116(2), 115-120.
- De Sousa, A., Mata, G., y Camejo, M. (2007). Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de Los Teques. *Revista obstetricia ginecología de Venezuela*, 67(4), 238-245.

- Denny, L., Quinn, M., y Sankaranarayanan, R. (2006). Screening for cervical cancer in developing countries. *Vaccine* 24(3): 71-77.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta Ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Kitchener, H., Castle, P., y Cox, T. (2006). Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine*; 24(3): 63-70.
- Larrauri, M. (1998). *Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y correlación citológica, colposcópica e histopatológica en pacientes con lesión intraepitelial de alto y bajo grado de carcinoma invasor, de la consulta de patología cervical del hospital Dr. Luis Gomez López*. Recuperado 16 de junio de 2006 del sitio web: http://bibmed.ucla.edu/ve/cgi-win/be_alex.exe?Palabra=CUELLO+UTERINO&Nombrebd=bmucla
- Lewis, M. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Unidad de Enfermedades No Transmisibles*. Recuperado el 18 de Junio de 2006, del sitio web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm>.
- Marlow, L., Waller, J., y Wardle, J. (2009). The Impact of Human Papillomavirus Information on Perceived Risk of Cervical Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 18, 373.
- Marlow, L., Wardle, J., Grant, N., y Walle, J. (2009). Human papillomavirus (HPV) information needs: a theoretical framework. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 35(1), 29-33.
- Mc Caffery, K. (2007). Psychological and Social Issues in HPV Testing: Weighing-Up the Harms and Benefits. *HPV Today*, 13, 5-7.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2005). *Estadísticas vitales: natalidad y mortalidad. [en línea] Anuario de mortalidad, 2005*. Recuperado el 30 de Junio de 2007 del sitio web: http://www.mpps.gob.ve/ms/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/Anuarios.htm
- Pandare M, y Padilla B. (2005). *Lesiones precursoras del Cáncer de cuello uterino en el Municipio Lima Blanco. Estado Cojedes 1999-2004*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-UC, San Carlos, Venezuela.
- Plata, G., Tampoa, A., Russotto, V., y Rosales, S. (2006). *Influencia de las Estrategias Motivacionales en la Actitud hacia la Educación Sexual*. En: Jornadas de Investigación Humanística y Educativa. Facultad de Humanidades y Educación-UCV. p.259.

- Soto, F., Martín, G., Carballo, N., y Benítez T. (2003). *Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica*. Recuperado el 16 de Junio de 2006 del sitio web: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san02203.htm
- Stopes, M. (2004). *Bolivia. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia*. Recuperado el 16 de Junio de 2006 del sitio web: <http://www.developmentgateway.org/pop/rc/ItemDetail.do~1000620>
- Waller, J., Marlow, L., Wardle, J. (2009). Anticipated shame and worry following an abnormal Pap test result: The impact of information about HPV. *Preventive Medicine*, 48 (5), 415-419.