

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**“VIVENCIAS DE MUJERES DE CHAITÉN CON DIAGNÓSTICO DE  
NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES DURANTE LOS AÑOS 2002 A 2006”**

Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al GRADO DE  
LICENCIADO EN OBSTETRICIA  
Y PUERICULTURA

CLAUDIO ANDRÉS GONZÁLEZ INOSTROZA

VALDIVIA – CHILE

2007

## COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESORA PATROCINANTE      Sra. Debbie Guerra M.      Firma:

PROFESORA COPATROCINANTE      Sra. Marta Santana Soto      Firma:

PROFESORA INFORMANTE      Sra. Juana Romero Z.      Firma:

FECHA DE APROBACIÓN:

*Dedico este trabajo a mis padres,  
gracias a Uds. por entregarme su cariño y comprensión  
durante todo el transcurso de este periodo hermoso de mi vida.  
A la Sra. Lilian Soto, Matrona de Chaitén y Sra. Sandra  
muchas gracias por su ayuda y colaboración.  
A mi profesora patrocinante, Sra. Debbie Guerra,  
sin su ayuda esta tesis no hubiera sido posible.  
A Dios.*

## INDICE

<b>CAPITULOS</b>	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>SUMARY</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>3</b>
2.1 CÁNCER CÉRVICO UTERINO	3
2.1.1 Síntomas.	4
2.1.2 Factores de riesgo.	5
2.1.3 El virus del Papiloma humano.	6
2.1.4 La prueba de Papanicolaou (PAP).	9
2.1.5 Tamizaje: la gran herramienta preventiva.	10
2.1.6 Métodos de detección cáncer cérvico uterino.	10
2.1.7 Tratamiento.	11
2.2 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO	11
2.2.1 Magnitud del Problema.	13
2.2.2 Criterios de Inclusión de población objetivo para derivación a U.P.C.	15
2.2.3 Flujo de Atenciones.	15
2.3 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD (MCS)	16
2.4 PERCEPCIÓN DE RIESGO	17
2.4.1 Características que definen la percepción.	18
2.4.2 Aspectos individuales.	21
2.4.3 Género y percepción de riesgos.	22
2.4.4 Tipos de sesgos.	22
2.4.5 Dimensiones de la confianza.	23

2.4.6 Aspectos emocionales relacionados con la percepción.	23
2.5 MODELO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM	24
2.5.1 Principales conceptos y definiciones.	24
2.6 ANTECEDENTES POBLACIONALES DE LA COMUNA DE CHAITÉN	27
2.6.1 Perfil epidemiológico de la Comuna de Chaitén.	28
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO</b>	30
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1.1 Selección de la Muestra.	30
3.1.2 Técnicas de recolección de datos.	30
3.1.3 Plan de tabulación y análisis.	31
3.1.4 Procesamiento de la información.	32
3.1.5 Validez de los resultados.	33
3.1.6 Resguardos Éticos.	33
<b>4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	34
4.1 EL COMIENZO	34
4.2 EL DIAGNÓSTICO	35
4.3 CONTROL GINECOLÓGICO	40
4.4 EL SISTEMA DE SALUD	42
4.5 CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS DEL CÁNCER	44
4.6 LA PAREJA Y EL CÁNCER	46
<b>5. CONCLUSIONES.</b>	49
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.</b>	52
<b>7. ANEXOS.</b>	56

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación cualitativa busca explorar las vivencias de mujeres diagnosticadas con neoplasias intraepiteliales de cuello uterino de grado I a III en la ciudad de Chaitén. Los objetivos que se plantean son los de identificar los factores que influyen en la adherencia al control ginecológico, así como determinar la importancia que atribuyen a este tipo de control de salud y los factores socioculturales que intervienen en él. Asimismo, se indaga la percepción de estas mujeres sobre la calidad de la atención en salud en la consulta ginecológica y describir las vivencias frente al diagnóstico de neoplasia intraepitelial de cuello uterino.

Es un estudio cualitativo, que utilizó como método para la recolección de información la entrevista narrativa. Esta herramienta utiliza las narraciones producidas por las entrevistadas como una forma de dato. La información obtenida es sometida a análisis de contenido.

Los resultados evidencian que las mujeres carecen de información en relación al control ginecológico; asimismo no tienen el conocimiento de cómo se inicia la enfermedad o cuáles son las causas que la provocan, pero existe una asociación entre el contagio y la falta de fidelidad de sus parejas. Para las mujeres de la investigación, la pareja y la familia constituyen un pilar fundamental para el buen afrontamiento de la patología.

Los hallazgos de esta investigación entregan elementos orientados a mejorar futuras intervenciones educativas y de interrelación entre el equipo de salud y los usuarios.

Palabras clave: Cáncer cérvico uterino - control ginecológico – creencias cáncer

## SUMMARY

The present work is a qualitative investigation that explores the experiences of women diagnosed with intraepithelial neoplasm of uterine cervix of degree I to III in the city of Chaitén. The objectives that consider are those to identify the factors that influence in the adherence to the gynecological control, as well as to determine the social and cultural importance which they attribute to this type of health control and factors that take part in him. Also, the perception of these women is investigated on the quality of the attention in health in the gynecological consultation and to describe the experiences as opposed to the intraepithelial neoplasm diagnosis of uterine cervix.

It is a qualitative study, which used like method for the information harvesting the narrative interview. This tool uses the narrations produced by the interviewed people as a data form. The obtained data is put under content analysis.

The results demonstrate that the women lack information in relation to the gynecological control; also they do not have the knowledge of how the disease begins or which are the causes that cause it, but exists an association between I infect and the lack of fidelity of their pairs. For the women of the investigation, the pair and the family constitute a fundamental pillar for the good facing of the pathology.

The findings of this investigation give oriented elements to improve future educative interventions and of interrelation between the equipment of health and the users.

Key words: Uterine cervical cancer - gynecological control - beliefs cancer

## 1. INTRODUCCIÓN

Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000 (SUÁREZ, 2001; SERMAN, 2002).

En el mundo fallecen 372.969 mujeres por esta causa, alcanzando una tasa estandarizada por edad de 12,51 por 100.000 mujeres. La tasa de incidencia estandarizada por edad fue estimada en 35,66 por 100.000 mujeres (1.050.346 casos nuevos). Chile ocupa el cuarto lugar en Sudamérica y se estima que anualmente fallecen 22.735 mujeres (tasa de mortalidad de 14,77 por 100.000) y se producen 69.924 casos nuevos. (MINSAL 2005)

Este estudio busca develar las experiencias que afectan a las mujeres diagnosticadas con neoplasias intraepiteliales en la ciudad de Chaitén, ya que esta es una zona de extrema ruralidad en nuestro país y de la cual no se tiene información. El propósito es tratar de comprender las vivencias de las mujeres al enfrentar esta patología que por sus características afecta a la persona en todo su ámbito biosicosocial. Además la extrema lejanía a centros de salud de alta complejidad hacen de esta enfermedad una experiencia única a nivel nacional.

El motivo que impulsa a realizar este estudio es enriquecer los conocimientos que tiene la matronería acerca de cómo viven las mujeres este trastorno psicosocial, para fortalecer o crear modelos de atención que incluyan aspectos sociales, psíquicos, emocionales y así mejorar la calidad de atención con pertinencia a su forma de vivir.

Por lo señalado anteriormente, los objetivos de esta investigación son:

General:

- Explorar las vivencias de mujeres diagnosticadas con neoplasias intraepiteliales de cuello uterino de grado I a III, de la ciudad de Chaitén.

Específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos y culturales que influyen en la adherencia de la usuaria al control ginecológico.
- Determinar la importancia que las mujeres de la población en estudio le otorgan al control ginecológico.
- Identificar en la población en estudio los factores que influyen en la consulta por cáncer cérvico uterino.
- Identificar en la población en estudio la percepción de la usuaria en relación a la calidad de atención de salud otorgada.
- Describir las vivencias de las mujeres en estudio frente al diagnóstico de neoplasia intraepitelial de cuello uterino.

En este estudio se emplea el enfoque cualitativo, ya que se considera que su método es el más adecuado para develar la esencia del fenómeno vivido por estas mujeres de alta ruralidad.

La confidencialidad y anonimato de la información entregada por las entrevistadas esta resguardada por la firma del consentimiento informado, el cual asegura su privacidad mediante el reemplazo de sus nombres por identidades ficticias en el texto final.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 CÁNCER CÉRVICO UTERINO

El cáncer cervicouterino es una de las diversas formas de manifestación de la enfermedad que se denomina genéricamente como cáncer.

Un cáncer se manifiesta en una anomalía en la forma de las células, la unidad básica del cuerpo. Las células tienen diversas funciones importantes. Normalmente crecen y se dividen para formar nuevas células en forma ordenada. Este proceso ayuda al cuerpo a mantenerse sano. Algunas veces, sin embargo, las células no mueren. Al contrario, siguen dividiéndose y creando células nuevas que el cuerpo no necesita. Las células que no son necesarias forman masas de tejidos adicionales, lo que se conoce como un crecimiento o un tumor. (ISLA, 2002)

Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los primeros, generalmente, se pueden operar y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer. Lo más importante, sin embargo, es que las células de los tumores benignos no invaden otros tejidos y, por tanto, no representan un peligro para la salud.

Los tumores malignos son cáncer. Las células se vuelven atípicas, comienzan a crecer y a multiplicarse de manera rápida y desorganizada. Estas células que proliferan en un órgano determinado pueden, con el tiempo, invadir otras áreas del cuerpo, a través de la sangre y del sistema linfático. Es lo que se conoce como localización secundaria o metástasis.

El cáncer cervicouterino se presenta en el cuello uterino, que es la parte inferior, estrecha, del útero. El útero es un órgano hueco, en forma de pera, que está ubicado en el abdomen inferior de la mujer, entre la vejiga y el recto. El cuello del útero forma un canal que desemboca en la vagina, la que conduce al exterior del cuerpo. (ISLA, 2002)

En las lesiones (esta palabra se refiere aquí a un área de tejido anormal) que se producen en el cuello uterino, no todas representan un cáncer. Existen diversas lesiones y gradaciones del mal, según la profundidad y extensión del compromiso celular. Por ejemplo, puede darse inicialmente una simple inflamación, que vuelve de manera espontánea a la normalidad, luego de un corto tiempo. Los cambios celulares del cuello del útero se detectan mediante la prueba de Papanicolaou (el PAP), que no es un examen de diagnóstico, sino más

bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero de las que no, que son la gran mayoría.

Los resultados de esta prueba suelen clasificarse en cinco categorías:

- 1) Normal: ausencia de células concambios.
  
- 2) Displasia leve o neoplasia intraepitelial de bajo grado (NIE I): presenta cambios precoces en el tamaño, forma y número de células que forman la superficie del cuello uterino. Algunas lesiones desaparecen solas. Sin embargo, otras pueden hacerse más grandes o más anormales, formando una lesión de grado grave.
  
- 3) Displasia grave o neoplasia intraepitelial de alto grado (NIE II): significa un gran número de células precancerosas en las células de la superficie del cuello uterino.
  
- 4) Carcinoma *in situ* o probable lesión intraepitelial de alto grado (NIE III): presencia de células cancerosas localizadas en la capa superior del tejido, sin invadir todavía los tejidos profundos.
  
- 5) Cáncer invasor: presencia de tumor maligno en el cuello del útero que es capaz de destruir los tejidos normales vecinos. Esto ocurre, con mayor frecuencia, en mujeres mayores de 40 años. (ISLA, 2002)

Es necesario tener en cuenta que la displasia no es un cáncer, pero su evolución es imprevisible: puede volver a la normalidad o derivar hacia un cáncer. La mayor frecuencia de displasia se da en las mujeres de 25 a 35 años de edad. Tanto el carcinoma *in situ* como el cáncer invasor se deben diagnosticar mediante una biopsia, que consiste en extraer una muestra de tejido de la zona afectada y analizarlo en el laboratorio, a fin de determinar el tipo de células que lo integran y el grado de compromiso.

### **2.1.1 Síntomas.**

En su fase inicial, el cáncer cérvico uterino –a pesar de ser ya un cáncer– no causa dolor y no presenta síntomas, por lo que no se detecta, a menos que se proceda a un examen pélvico y a una prueba de PAP. Esta ausencia de dolor y de síntomas hace que muchas mujeres ni siquiera sepan que tienen este tipo de cáncer.

Los síntomas no aparecen sino hasta que las células cervicales anormales invaden el tejido cercano. Cuando eso pasa, el síntoma más común es un sangrado anormal. Este puede comenzar y detenerse entre períodos menstruales regulares o puede ocurrir después de mantener relaciones sexuales, de un lavado vaginal o de un examen pélvico. El sangrado menstrual puede durar más tiempo y ser más abundante que de costumbre. El sangrado después de la menopausia también puede ser un síntoma de cáncer cervical. Una mayor secreción vaginal es otro síntoma de este cáncer. Todos estos síntomas pueden ser causados por cáncer o por otros problemas de salud. Lo importante es acudir al médico o médica, con el fin de que determine con mayor seguridad la causa del problema. (ISLA, 2002)

### **2.1.2 Factores de riesgo.**

Los factores de riesgo más importantes del cáncer cervicouterino, son los siguientes:

1) *Infección con el virus del Papiloma humano (VPH):* los VPH son un grupo de más de 70 tipos de virus llamados Papiloma virus porque pueden causar verrugas, o *Papilomas*. Diferentes VPH causan distintos tipos de verrugas en diversas partes del cuerpo (manos, pies, labios, lengua, órganos genitales femeninos y masculinos, área del ano). Estos tipos de VPH se transmiten de una persona a otra por contacto sexual. Actualmente, no existe cura para la infección con Papiloma virus. Algunas conductas sexuales aumentan el riesgo de que una mujer pueda contraerla. Entre éstas, se encuentran las relaciones sexuales a temprana edad, tener muchas parejas sexuales y realizar el acto sexual sin protección (de preservativo) a cualquier edad. Además, la actividad sexual del varón es importante como factor de riesgo, pues las mujeres cuyas parejas tienen múltiples compañeras sexuales, tienen mayor riesgo de cáncer de cuello del útero. (ISLA, 2002)

2) *Edad:* en general, la edad promedio de las mujeres que presentan cáncer cervical es entre los 50 y los 55 años. El riesgo es muy bajo entre las jóvenes menores de 15 años y aumenta entre la adolescencia y mediados de los treinta. Por ello los programas de detección precoz, llámense pruebas del PAP, no parecen razonables de ofrecer a mujeres sanas menores de 25 años que no pertenecen a grupos de especial riesgo.

*Raza y origen étnico:* En varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas. (SERRANO, 2004).

*Hábito de fumar:* es un componente que está aún en discusión. No obstante, algunas investigaciones señalan que las sustancias químicas del tabaco dañan el ADN de las células del cuello uterino, y pueden contribuir al desarrollo del cáncer cervical.

*Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH):* este virus, causante del SIDA, hace que las mujeres sean más vulnerables a infecciones con el virus del Papiloma humano. Los científicos opinan que el sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para desacelerar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el VIH, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez que la normal. (ISLA, 2002).

*Dieta:* las dietas deficientes, con poco contenido de frutas y vegetales, se asocian a un aumento del riesgo de cáncer cervical y de otros tipos de cáncer. (ISLA, 2002)

*Píldoras anticonceptivas:* no hay evidencia definitiva que relacione el uso de píldoras anticonceptivas con el cáncer cervical. Hay alguna evidencia estadística de que su uso por períodos prolongados puede aumentar levemente el riesgo de cáncer cervical. Algunos investigadores sugieren una relación entre el uso de píldoras anticonceptivas durante cinco o más años y un ligero aumento del riesgo de este tipo de cáncer.

*Condición socioeconómica baja:* muchas personas de bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de la enfermedad precancerosa cervical. (ISLA, 2002)

### **2.1.3 El virus del Papiloma humano.**

Los virus del Papiloma humano (VPH), son un grupo de más de 100 tipos de virus, se les llama Papiloma virus porque algunos tipos pueden causar verrugas, Papilomas o condilomas, los cuales son tumores benignos y constituyen la ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual) más común de causa viral. Aunque los VPH son transmitidos generalmente por contacto sexual, no se puede precisar cuándo ocurre la infección. (BARRÓN, 2005).

Los Papiloma virus que causan las verrugas comunes que crecen en las manos y en los pies son diferentes de los que causan formaciones en la garganta o en el área genital. Algunos tipos de los virus del Papiloma humano están relacionados con ciertos tipos de cáncer, hay otros VPH's que se han denominado como virus de "bajo riesgo" porque rara vez desarrollan cáncer. Los VPH que tienen más probabilidades de llevar al desarrollo de cáncer se conocen como virus de "alto riesgo".

Tanto los tipos de VPH de alto como de bajo riesgo pueden causar el crecimiento de células anormales, pero generalmente sólo los de alto riesgo pueden llevar al cáncer. Los VPH de alto riesgo que se transmiten por contacto sexual son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69 y posiblemente algunos otros. Estos tipos de VPH de alto riesgo causan formaciones que son generalmente planas y casi invisibles, comparadas con las verrugas causadas por los VPH-6 y VPH-11, sin embargo, las infecciones del VPH generalmente son asintomáticas, desaparecen por sí solas en el transcurso de unos pocos años y no causan cáncer, aunque algunas veces la infección del VPH se mantiene por muchos años, pudiendo causar anomalías en las células y conservando su transmisibilidad. (BARRÓN, 2005)

Las verrugas en el ano o los genitales, o cerca de ellos pueden aparecer varias semanas después del contacto sexual con una persona que tenga la infección del VPH o es posible que se lleven meses o años en aparecer; o quizá, no aparezcan nunca. Otros VPH's pueden causar formaciones planas anormales en el área genital y en el cuello del útero, las verrugas anogenitales causadas por Papiloma virus humano tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33 y 35 tienen un período de incubación de uno a seis meses. (BARRÓN, 2005)

Los subtipos de VPH que infectan primariamente el epitelio de la vulva incluyen los tipos 6 y 11. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 44, 51, 52 y 56 son menos comunes en la enfermedad vulvar, pero están involucrados en la displasia y el cáncer invasivo cervicales, en los que juegan un papel en la patogénesis.

Las infecciones verrugosas endocervicales dadas por los tipos 16 o 18 han sido diversamente implicadas como una causa de neoplasia intraepitelial cervical (NIE) y de cáncer cérvico uterino (CaCu). Los VPH tipos 16 y 18 no producen en general verrugas genitales externas, que suelen deberse a los tipos 6 y 11, muchas pacientes con VPH también tienen otras infecciones de transmisión sexual. La incidencia de neoplasia cervical intraepitelial en las mujeres infectadas por el VIH se incrementa a medida que disminuyen el recuento de CD4 y la función del sistema inmunitario. El 60% de las mujeres infectadas por el VIH tienen displasia cervical, demostrable mediante extensión de Papanicolaou, lo cual resalta la importancia que posee el cribado citológico y la colposcopia en el tratamiento de estas mujeres. (BARRÓN, 2005)

El cáncer de cuello uterino es más extenso y más difícil de curar en las mujeres VIH positivas que en las mujeres VIH negativas, la tasa de recidivas tras el tratamiento convencional es elevada. Por otro lado, el carcinoma de pene se suele producir en los varones no circuncidados que no mantienen una buena higiene local.

El VPH, sobre todo los subtipos 16 y 18, puede desempeñar un papel en algunos casos, se han descrito distintas lesiones premalignas con diferente presentación clínica, sobre todo la

eritroplasia de Queyrat (carcinoma espinocelular *in situ* de la mucosa), la enfermedad de Bowen (carcinoma espinocelular *in situ* de la piel) y la papulosis bowenoide (carcinoma intraepitelial “*in situ*” del pene).

La eritroplasia de Queyrat y la enfermedad de Bowen evolucionan hacia un carcinoma escamoso invasivo en el 5 al 10% de los pacientes, algo que no se ha descrito en la papulosis bowenoide. Estas tres lesiones son prácticamente idénticas histológicamente y puede resultar más útil denominarlas neoplasia intraepitelial o carcinoma *in situ*. (BARRÓN, 2005)

Los estudios sugieren que el hecho de que una mujer padezca cáncer cervical depende de una variedad de factores que actúan junto con los VPH's de alto riesgo principalmente. La patología del VPH se ha relacionado con los hábitos sexuales, tanto como con los factores reproductivos, tales como la multiparidad, el inicio de la vida sexual activa antes de los 14 años, múltiples parejas sexuales y la menarquia tardía; así como en diversos estudios se ha encontrado correlación con tabaquismo, bajo nivel socioeconómico y de estudios, antecedentes de cualquier enfermedad de transmisión sexual y haber tenido uno o más partos vaginales para ser relacionados con displasia cervical. El inicio de la vida sexual activa antes de los 14 años incrementa el riesgo en 50%. Existe una tendencia protectora tras el inicio tardío de la vida sexual activa. (BARRÓN, 2005)

Respecto al programa Detección Oportuna del Cáncer Cervical en México (DOC), se evidencia que un número importante de mujeres solicitan los servicios cuando presentan síntomas. Los síntomas como sangrado disfuncional, metrorragia y leucorrea sanguinolenta suelen ser relevantes en mujeres con alto riesgo, más aún, de las mujeres que desarrollan cambios anormales en las células con tipos de alto riesgo de VPH, sólo un porcentaje pequeño desarrollará cáncer cervical si las células anormales no se extirpan. Los análisis de muestras de células del cuello uterino son una forma efectiva de identificar tipos de alto riesgo de VPH que pudieran estar presentes.

La prueba de Papanicolaou involucra la recolección, preparación y examen de las células exfoliadas del cérvix uterino, y por ser un procedimiento rápido, no invasivo y relativamente barato, lo convierten en un procedimiento para uso masivo en la detección del cáncer y como método de seguimiento en mujeres con previas anormalidades. Sin embargo los resultados pueden variar tanto por errores en el muestreo, como en la interpretación y la variación apreciativa para separar los resultados positivos de los negativos; se debe hacer generalmente como parte de un examen ginecológico al menos una vez cada 3 años, iniciando a los tres años de que hayan empezado con su vida sexual activa, pero no antes de los 21 años. (BARRÓN, 2005)

Aunque no hay actualmente cura médica para la infección de virus del Papiloma, se puede dar tratamiento a las lesiones y verrugas causadas por estos virus. Los métodos usados comúnmente para tratar las lesiones son la criocirugía, el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa caliente y la cirugía convencional, tratamientos similares pueden usarse para verrugas genitales externas además de medicamentos.

Investigadores del Instituto Nacional de Cancerología de México y en otras partes, están estudiando en qué forma los VPH causan cambios precancerosos en células normales y cómo pueden prevenirse estos cambios. Los investigadores están usando VPH's cultivados en el laboratorio para encontrar la forma de prevenir la infección y sus enfermedades relacionadas y para crear vacunas contra los virus. Las vacunas para ciertos virus del Papiloma, tales como el VPH-16 y VPH-18, están siendo analizadas en estudios clínicos para la prevención del cáncer cervical; se han planeado estudios semejantes para otros tipos de cáncer.

Investigaciones en laboratorio han indicado que los virus del Papiloma humano producen proteínas conocidas como E5, E6 y E7. Estas proteínas interfieren con las funciones celulares que normalmente previenen un crecimiento excesivo, razón por la cual se les conoce como oncoproteínas. Por ejemplo, la VPH-E6 interfiere con la proteína humana p53. Esta proteína está presente en toda la gente y actúa para impedir que crezcan los tumores. (BARRÓN, 2005)

Esas investigaciones se están usando para desarrollar formas de interrumpir el proceso de la infección del VPH que puede llevar al crecimiento de células anormales. Se destaca la necesidad de realizar investigaciones en el campo de la causalidad de los factores de riesgo; asimismo en sistemas de salud, para evaluar la calidad y el costo beneficio de los esquemas preventivos y de detección oportuna de CaCu y con ello dar respuesta, en ese campo, al mejoramiento en la calidad de vida de la mujer.

#### **2.1.4 La prueba de Papanicolaou (PAP).**

En 1941, George Papanicolaou descubrió una fórmula de teñir las células que son despididas desde el epitelio, o superficie exterior del cérvix, lo que hace posible detectar las células con transformaciones anormales a través de un microscopio. Este procedimiento se basaba en que durante el proceso de desarrollo del cáncer, las células comienzan a reproducirse de manera desordenada. Por lo tanto, el núcleo de la célula sufre alteraciones morfológicas que pueden identificarse a través de un microscopio.

La citología o examen de Papanicolaou es simplemente una muestra y es posible que, al tomarla, se escapen las células con alteraciones morfológicas. El Papanicolaou no es un examen de diagnóstico, es más bien un tamizaje que separa a las mujeres que pueden tener lesiones en el cuello del útero, de las que no, que son la gran mayoría. (ISLA, 2002).

### **2.1.5 Tamizaje: la gran herramienta preventiva.**

El cáncer cervicouterino está considerado como una de las formas de cáncer más fáciles de detectar, por lo tanto de prevenir, debido a que su desarrollo es gradual y porque mediante el tamizaje periódico –Papanicolaou, examen simple y de bajo costo– se puede detectar antes de que se propague.

Además, es un cáncer más visible en los exámenes que el cáncer de la mama, ya que es posible raspar el interior del cuello uterino y mirar las células directamente por medio de un microscopio; en el de mama, en cambio, se debe confiar en la capacidad reveladora de los rayos X.

El tamizaje es el estudio organizado de personas asintomáticas respecto de una enfermedad específica, con el objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad de esas personas. Un resultado positivo de esas pruebas indica la posibilidad de que la mujer tenga la enfermedad en cuestión, pero se necesitan otros procedimientos para confirmar el diagnóstico. A menudo se confunden el examen de tamizaje y el diagnóstico. Dado que el examen de tamizaje se practica en mucha gente, debe ser de bajo costo, aceptable para la población y sencillo de realizar (OPS/OMS, 1996). Para ayudar a reducir esta incidencia y la mortalidad a raíz del cáncer del cuello del útero en las Américas, el programa de enfermedades crónicas no transmisibles de la OPS está trabajando con el fin de identificar, desarrollar y hacer disponible estrategias costo-efectivas para el tamizaje y tratamiento en áreas de bajos recursos. (ISLA, 2002).

### **2.1.6 Métodos de detección cáncer cérvico uterino.**

1) *El PAP*: es una de las pruebas de detección del cáncer cervicouterino.

2) *Colposcopia*: las pacientes con PAP positivos son derivadas a esta segunda prueba. Con ella se puede detectar hasta un 90 por ciento de las lesiones displásicas. El colposcopio es un instrumento con una lente de aumento destinado a visualizar ciertas lesiones. Se toman muestras para biopsia de las zonas anormales. También puede emplearse rutinariamente la colposcopia como método complementario al PAP.

3) *Inspección visual con ácido acético*: permite visualizar a la inspección ocular directa las lesiones cervicales anormales, al tornarse blancas las células anormales. Varios estudios han demostrado que este método tiene una capacidad de detección similar o mejor que el examen de Papanicolaou.

4) *Citología en líquido*: en este procedimiento se extrae una muestra y se la somete a un proceso que elimina la mucosidad y otras células, de manera que la muestra se ve como una

capa muy delgada de células aisladas, lo que permite una mejor visualización del material. Existen máquinas que realizan este procedimiento de manera exacta, pero también se puede hacer en forma manual.

5) *La biopsia*: consiste en la extirpación de un trozo del tejido que se observa alterado, al que se le hará examen de laboratorio. La biopsia es la que define el diagnóstico de cáncer útero cervical. (ISLA, 2002).

### **2.1.7 Tratamiento.**

Los tratamientos más comunes para extraer o destruir células cancerosas son:

1) En el consultorio médico:

- Cauterización: técnica que utiliza una sonda eléctrica para destruir células anormales.
- Criocirugía: es un tratamiento que se lleva a cabo con una sonda que congela y destruye los tejidos anormales.
- Extirpación de la zona comprometida.

2) En el hospital:

- Cirugía.
- Conización: extirpación conoide del cérvix, la que incluye buena parte del canal cervical.
- Histerectomía: técnica que consiste en la extirpación del útero.
- Radiación: uso de rayos X o de implantes de radium cerca de las células anormales para destruir las células cancerosas.
- Terapia combinada: se utiliza la cirugía y los tratamientos de radiación y quimioterapia. (ISLA, 2002).

## **2.2 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

El cáncer cervicouterino, constituye un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo. El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva, con una sobrevivencia a 5 años promedio de 91,5% de los casos de mujeres con cáncer localizado y solo un 12,6% de aquellos con invasión a distancia. (MINSAL, 2005).

En Chile desde 1966, el Ministerio de Salud desarrolló los primeros esfuerzos en prevención del cáncer cervicouterino a través de un convenio con la Facultad de Medicina de

la Universidad de Chile y con el apoyo de la OPS/OMS. Esto permitió la implementación progresiva de laboratorios de citología y la capacitación de recursos humanos en los tres niveles de atención. En esos años, la toma del PAP se realizaba anual y focalizada en las mujeres consultantes del Programa Materno-Perinatal en el Nivel Primario (MINSAL, 2005).

En 1987, producto de la evaluación de los resultados de esa estrategia, se decidió reformularla y constituir el Programa Nacional Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, basado en las recomendaciones de la OPS/OMS y en criterios de eficiencia y costo efectividad. Este programa tuvo como objetivo “Disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por cáncer invasor a través de la detección en etapas preinvasoras y tratamientos adecuados y oportunos” (Ministerio Salud Chile 1998). Sus principales estrategias consisten en una organización a nivel nacional y local.

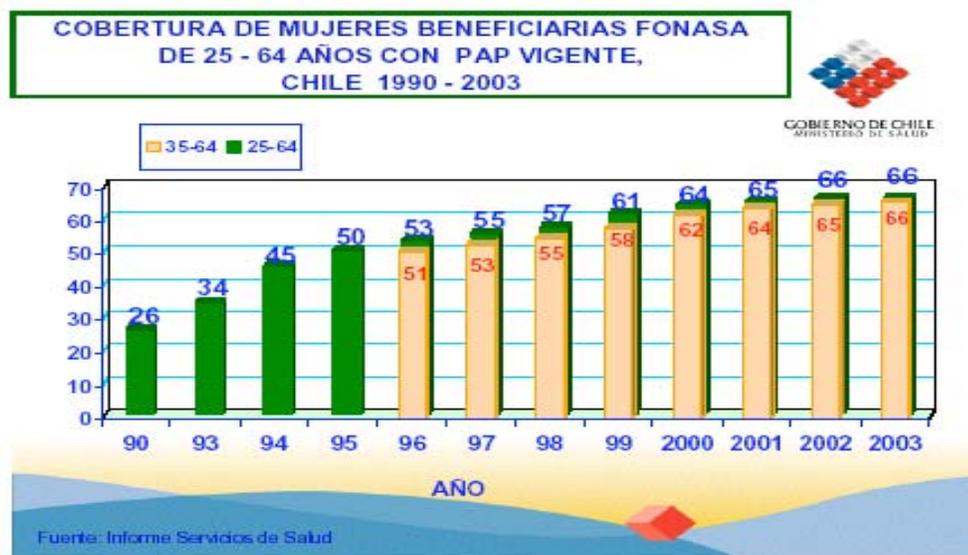
La toma del Papanicolaou se realiza cada 3 años y está focalizada en mujeres entre 25 y 64 años (con énfasis en las mayores de 35 años), junto con asegurar la oportunidad y confiabilidad del examen citológico y el tratamiento de los casos detectados. Además, se definieron actividades en los tres niveles de atención que van desde la promoción hasta la paliación y están integradas al Programa de la Mujer y coordinadas con el Programa del Adulto (MINSAL, 2005).

Entre 1988 y 1994 estas estrategias se aplicaron a modo de piloto en la Región Metropolitana, una vez comprobado los avances, fueron ampliadas a todo el país (MINSAL, 2005).

Las evaluaciones periódicas del Programa Nacional de cáncer cervicouterino, permiten destacar los siguientes avances:

- Funcionamiento desde 1993 de un Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatología, producto de un convenio entre la Universidad de Chile, el Instituto de Salud Pública y el Ministerio de Salud. Este es responsable de la acreditación de los 21 laboratorios del Sistema Público de Salud.
- En 1997, el cáncer cervicouterino se define como Prioridad Programática país y el tratamiento quirúrgico fue incorporado al Programa de Oportunidad de la Atención de FONASA y el acceso a Radioterapia exclusiva obtuvo cobertura financiera para las mujeres beneficiarias del Sistema Público.

- En 1999, se definió un protocolo para el tratamiento del cáncer invasor, incorporándose la radio-quimioterapia.
- Se cuenta con sistemas de registros computacionales específicos para la evaluación y seguimiento de los indicadores del Programa, así como para los laboratorios de citología.
- La cobertura de PAP vigente en mujeres beneficiarias entre 25 a 64 años ha aumentado de 26% a 66% entre los años 1990 y 2003 respectivamente, como lo muestra la siguiente grafica:



FUENTE: Informe Servicios de Salud (MINSAL, 2005)

Lo anterior, junto con el compromiso de los equipos de salud involucrados en este Programa Nacional ha producido un descenso sostenido de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, con una tasa de 11,9 en 1990 a 8,0 por 100.000 mujeres en 2002 (Depto. Estadísticas MINSAL 2005).

### 2.2.1 Magnitud del Problema.

El cáncer hoy en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud, presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos esperándose alrededor de 15 millones para el año 2020 (W.H.O. 2005).

Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres corresponden en orden descendente a cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer cervicouterino con tasas estandarizadas por edad entre 12,51 y 7,99 por 100.000 mujeres (Asociación Internacional de Registros de Cáncer & IARC 2002). Sin embargo, en los países subdesarrollados el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer (P.A.H.O. 2002)

Se estima que todos los años se producen unos 466.000 casos nuevos de cáncer cérvico uterino en las mujeres de todo el mundo. La tasa de incidencia estandarizada por edad refleja una diferencia de más de 7 puntos entre los países desarrollados y los países en desarrollo (MINSAL, 2005)

Con relación a la mortalidad, la IARC indica que provoca aproximadamente 233.000 muertes de mujeres por año. El 83% de esas muertes ocurren en los países en desarrollo donde los programas de tamizaje no están bien institucionalizados o son muy poco eficaces. Al comparar la tasa ajustada de mortalidad entre estos países, resulta que en los países en desarrollo es 58,3% mayor que en los desarrollados (MINSAL, 2005).

Las estimaciones de mortalidad obtenidas a través del paquete estadístico GLOBOCAN2000 para la región de América Latina y el Caribe, muestran que las tasas estandarizadas de mortalidad más altas la presenta Haití, seguido de Nicaragua con 26 y Bolivia con 22 por 100.000 mujeres. En total, en estos tres países se estima que se presentan cada año 5.232 nuevos casos de cáncer cervicouterino y se producen 2.379 muertes por este cáncer. Por otro lado y de acuerdo a la misma fuente, los países que presentan las tasas estandarizadas de mortalidad más bajas son Puerto Rico con 4,3 seguido de Uruguay y Argentina ambos con tasa de 7,6 por 100.000 mujeres. Chile se ubica en 6º lugar con una tasa estimada para el 2001 de 10.7 por 100.000 mujeres (MINSAL, 2005).

En Chile, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública. El año 2002 fallecieron 632 mujeres, ocupando el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos con 129 por 100.000 mujeres; produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad productiva. (MINSAL, 2005). Al comparar la tasa de mortalidad entre los años 1990 y 2002 en mujeres mayores de 25 años, grupo objetivo del Programa Nacional de cáncer cérvico uterino, se observa un descenso de un 38,8%.

La mortalidad en mujeres menores de 25 años es prácticamente inexistente, el ascenso se produce a partir de los 35 años, aumentando progresivamente (MINSAL, 2005).

La incidencia en Chile, se estima sobre la base de notificaciones de los casos producidos sólo en el Sistema Público de Salud. Estos registros permiten indicar que en el año 2003 se produjeron 1.100 casos nuevos, alcanzando una tasa de 18,7 por 100,000 mujeres >15 años (MINSAL, 2005).

### **2.2.2 Criterios de Inclusión de población objetivo para derivación a U.P.C.**

Toda mujer con citología cervical positiva (PAP positivo) o sospecha clínica de cáncer cervicouterino (ver anexo 2) es derivada a la Unidad de Patología Cervical. (UPC) (ver anexo 4).

Debido a que el sistema informático requiere que al momento del llenado de las interconsulta de derivación a la UPC, se clasifique en Cáncer Preinvasor o Cáncer Invasor; se recomienda que sólo los casos con informe citológico “sugerente de cáncer invasor y las sospechas clínicas de cáncer, sean enviadas como “CANCER INVASOR”. El resto de los informes citológicos, definidos en el anexo 2, deben ser derivados como PREINVASOR.

### **2.2.3 Flujo de Atenciones.**

Las actividades principales a realizar incluyen la Detección, Diagnostico, Tratamiento y están definidas según niveles de atención y su interrelación debe conformar un flujo continuo.

El algoritmo de red de atención consiste en:

- En el nivel Primario de atención se realizan las pesquisas de cáncer cervicouterino a través de citología exfoliativa cervical (PAP) y sospecha clínica durante el control ginecológico. La muestra es enviada al laboratorio, éste analiza la muestra y envía los resultados al consultorio, en donde los resultados son informados a la usuaria y dependiendo del resultado (positivo o negativo para cáncer) se deriva a la Unidad de Patología Cervical (nivel Secundario).
- En el nivel Secundario de atención la unidad de patología cervical realiza biopsia que es enviada a Anatomía Patológica en la cual la muestra es analizada para etapificar el grado de compromiso a nivel del cuello del útero y con este resultado se deriva a Oncología Ginecológica (nivel terciario).
- En el nivel Terciario se decide el tratamiento a seguir, el cual puede ser cirugía, radioterapia, quimioterapia o cuidados paliativos. (Ver anexo 3).

### 2.3 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD (MCS)

El modelo de creencias en salud se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser *benéfico* al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las *barreras* psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva. (CABRERA, 2001)

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (TBC, cáncer, caries dental) e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad.

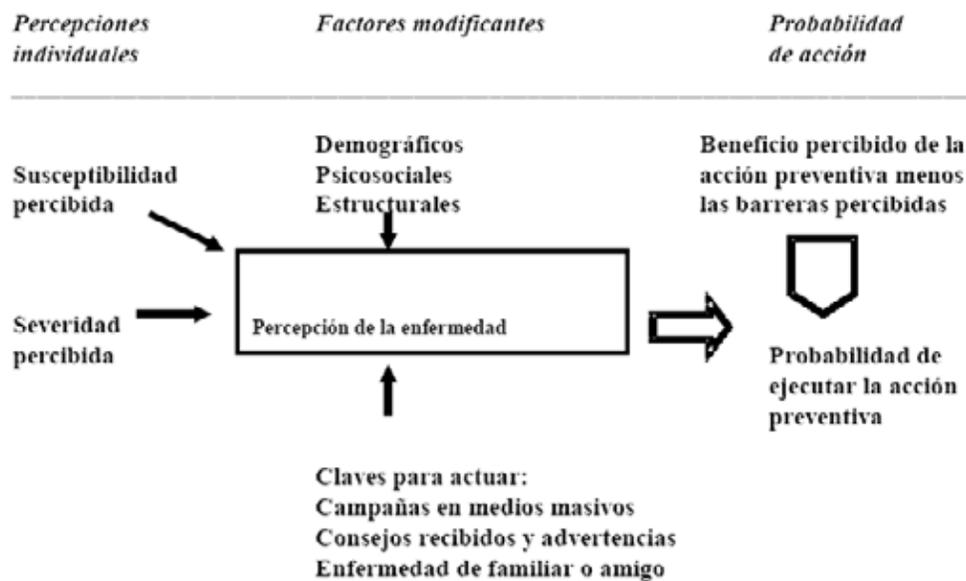
La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona.

Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia. Los autores originales del MCS, así como diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de *amenaza percibida* como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Con respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias; sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía creer que él podría tener la enfermedad aun en la ausencia de síntomas de la misma. (CABRERA, 2001)

Los constructos denominados *factores modificantes* (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico. Otras variables o constructos teóricos potenciales fueron descartados por la dificultad de aplicarlos, aunque otros —como el de autoeficacia— fueron

asimilados y validados a lo largo del tiempo, de tal modo que desembocaron en la formulación de modelos y teorías específicas. (CABRERA, 2001)

El MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción, tal como lo resume la siguiente figura:



FUENTE: Cabrera, G. "Creencias en Salud: historia, constructos y aportes del modelo", 2001.

## 2.4 PERCEPCIÓN DE RIESGO

El concepto de riesgo es complejo. La investigación de este concepto por diversas disciplinas ha incrementado su complejidad y la manera cómo la gente lo entiende. Las iniciativas de comunicación del riesgo deben diseñarse de tal manera que se asegure que los mensajes lleguen a los grupos objetivo de la población. Para ello, primero se deben encontrar formas de desagregar las diferencias y necesidades individuales e incluir en la información que se proporcione las preocupaciones sentidas por el público. (PERCEPCIÓN, ¿2003?)

La gente tiende a ser particularmente resistente a la idea de que se encuentra en riesgo frente a un peligro. La mayoría de las personas considera que está en un peligro menor que el individuo promedio, con menor posibilidad de morir de un ataque cardíaco, menor probabilidad de quemarse o menor probabilidad de volverse adicto a las drogas; tiende a sentirse infalible. Por ejemplo, casi todas las personas consideran que manejan su vehículo

mejor que el promedio o que tienen menos probabilidades de desarrollar un cáncer que el individuo promedio. Este optimismo irreal se sustenta en la información disponible y en un razonamiento que induce a pensar que el peligro no es una amenaza verdadera, aunque afecte a personas conocidas. Todo ello influye en la respuesta ante el riesgo. El mensaje “*esto lo incluye a usted*” es más difícil de comunicar que “*muchos morirán*”. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

La percepción es un factor importante que se debe considerar cuando se comunican riesgos. Diversos estudios en antropología y sociología han mostrado que la percepción y la aceptación de un riesgo tienen sus raíces en factores culturales y sociales. Se ha argüido que la respuesta al peligro está mediada por influencias sociales transmitidas por amigos, la familia, los compañeros de trabajo y los oficiales públicos respetables. En muchos casos, la percepción del riesgo se puede formar después de un hecho racional ejecutado por el propio individuo.

La información acerca de la magnitud del riesgo es importante para que la gente tome conciencia de riesgos que jamás ha escuchado, mientras que la información acerca de la susceptibilidad personal es importante en la transición que va de la conciencia a la decisión de actuar; sin embargo, la decisión de actuar no es lo mismo que actuar. Como la mayoría se preocupa por los mismos riesgos que preocupa a sus amigos, está alerta y lista para responder ante la evidencia de que un peligro particular pueda representar o no una preocupación local.

Los individuos que se sienten seguros y aquellos cuyas actitudes reflejan algún grado de conocimiento sobre el riesgo experimentan menos obstáculos para modificar su ambiente que los que responden con actitudes de defensa. Tal aspecto repercutirá en la planificación de las actividades de un programa de comunicación de riesgos. (PERCEPCIÓN, ¿2003?)

#### **2.4.1 Características que definen la percepción.**

Los investigadores de la percepción del riesgo han estudiado las características del riesgo que influyen en la percepción. A continuación se definen las condiciones que tienen mayor influencia en la manera de percibir los riesgos.

##### 1) *Miedo*

¿Qué es lo que más le preocupa, ser comido por un tiburón o morir de una enfermedad cardíaca? Ambos lo pueden matar, pero los problemas cardíacos tienen mucha más probabilidad de hacerlo. A pesar de lo anterior, las muertes a las que se tiene mayor temor son las más preocupantes. El cáncer, por ejemplo, provoca más miedo porque se percibe como una forma espantosa de morir. Esto explica por qué los peligros que pueden causar cáncer, tales como la radiación y los agentes químicos provocan miedos intensos. El temor es un claro ejemplo de lo que se piensa acerca de un riesgo en términos de sentimientos intuitivos, un proceso que se denomina como el efecto heurístico. (PERCEPCIÓN, ¿2003?)

## 2) *Control*

La mayoría de la gente se siente segura cuando maneja. Tener el volante en sus manos le produce el sentimiento de poder controlar lo que sucede. Si cambia de asiento y va como pasajero, se siente nerviosa porque ya no tiene el control. Si la persona siente que tiene algún control sobre el proceso que determina el riesgo que enfrenta, éste probablemente no será visto tan grande como en el caso que no tuviera control sobre él.

## 3) *¿Es el riesgo natural o creado por las personas?*

Las fuentes de energía nuclear, tanto como los teléfonos celulares o los campos eléctricos y magnéticos, provocan frecuentemente mayor preocupación que la radiación proveniente del Sol, sin embargo, se sabe que este es responsable de un gran número de cáncer de piel cada año. El origen natural de un riesgo hace que se perciba como un riesgo menor que el creado por las personas. Este factor ayuda a explicar la amplia preocupación acerca de muchas tecnologías y productos.

## 4) *Elección*

Un riesgo que nosotros seleccionamos parece menos riesgoso que aquel que nos impone otra persona. Si usted usa un teléfono celular mientras maneja, puede percibir como riesgoso que otro conductor también lo use y molestarse por el riesgo que ese conductor le impone, incluso cuando usted toma el mismo riesgo, pero con menos preocupación; el control sobre su automóvil contribuye a esa percepción.

## 5) *Efectos en los niños*

La supervivencia de las especies depende de la sobrevivencia de su prole. Por esa razón, los riesgos que corren los niños, como la exposición al asbesto en una escuela o el raptó de un joven, parecen más graves que el mismo riesgo en los adultos (como la exposición laboral al asbesto o el secuestro de un adulto).

## 6) *Riesgos nuevos*

Los riesgos nuevos, incluidos el síndrome respiratorio agudo (SARS), el virus del Nilo y las nuevas tecnologías y productos, tienden a ser más temibles que aquellos riesgos con los que se ha vivido durante un tiempo y que la experiencia ha ayudado a ponerlos en perspectiva.

## 7) *Conciencia*

Mientras más conscientes se esté de un riesgo, se percibe mejor y produce mayor preocupación. Por ejemplo, el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Gripe Aviar) produjo más cobertura, más atención y mayor preocupación que la influenza, la cual provoca

un gran número de muertes al año. La conciencia de ciertos riesgos puede ser alta o baja dependiendo de la atención que se dé a los riesgos.

#### 8) *Posibilidad de impacto personal*

Cualquier riesgo puede parecer más grande si la persona o alguien cercano es la víctima. Esto explica por qué la probabilidad estadística con frecuencia es irrelevante y poco efectiva para comunicar riesgos. Mientras mayor sea la cercanía y el conocimiento de las consecuencias del riesgo, mayor puede ser su percepción.

#### 9) *Relación costo-beneficio*

Algunos analistas e investigadores de la percepción del riesgo creen que la relación costo-beneficio es el principal factor que determina que se tenga más o menos miedo a una amenaza dada. Si en una conducta o elección se percibe un beneficio, el riesgo asociado parecerá más pequeño que cuando no se percibe tal beneficio.

#### 10) *Confianza*

Mientras más confianza se tenga en los profesionales que están a cargo de nuestra protección o en los funcionarios del gobierno o instituciones responsables de nuestra exposición al riesgo (por ejemplo, funcionarios del área ambiental o gerentes industriales) o en la gente que nos da información sobre un riesgo, menos miedo tendremos. Entre menos confiemos, mayor será nuestro nivel de preocupación.

#### 11) *Memoria de riesgos*

Un accidente memorable hace que un riesgo sea más fácil de evocar e imaginar y por lo tanto puede parecer mayor (por ejemplo, mucha gente recuerda la fuga de metilisocianato en Bhopal, India, que afectó a miles de personas). Las experiencias que tienen las personas son un elemento importante en su percepción, ya que éstas determinarán que se les dé un mayor peso que a otros riesgos estadísticamente significativos.

#### 12) *Difusión en el espacio y tiempo*

Los eventos raros como los accidentes nucleares son percibidos como más riesgosos que los riesgos comunes y corrientes (choques de tránsito).

#### 13) *Efectos en la seguridad personal y en las propiedades personales*

Un evento es percibido como riesgoso cuando afecta intereses y valores fundamentales, por ejemplo, la salud, las viviendas, el valor de la propiedad y el futuro.

#### 14) *Equidad*

La gente que debe enfrentar mayores riesgos que los demás y que no tiene acceso a beneficios, comúnmente se indigna. La comunidad cree que debe haber una distribución equitativa de los beneficios y de los riesgos.

#### 15) *Proceso*

La agencia o gobierno debe mostrar confiabilidad, honestidad y preocupación por los impactos en la comunidad. Además, debe comunicarse con la población antes de que tome las decisiones y establecer una relación de respeto. Así mismo, deberá escuchar y responder las dudas y cuestionamientos que surjan. Cuando estas condiciones no se cumplen la percepción del riesgo en cuestión se ve afectada de forma negativa. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

### **2.4.2 Aspectos individuales.**

Uno de los objetivos de investigar la percepción del riesgo ha sido desarrollar una taxonomía para entender y predecir cómo las personas y la sociedad responden a los peligros. Un esquema taxonómico pudiera explicar, por ejemplo, la aversión extrema de la gente a ciertos peligros, su indiferencia ante otros y las discrepancias entre esas reacciones y las opiniones de los expertos. En el paradigma psicométrico, se hacen juicios cuantitativos acerca del carácter arriesgado real y del deseado de diversos peligros y el nivel deseado de regulación de cada uno. Luego, esos juicios se relacionan con otras condiciones, como: a) las características señaladas hipotéticamente como importantes para la percepción del riesgo y actitudes; b) los beneficios de cada peligro para la sociedad; c) el número de muertes debido al peligro en un año promedio, y d) el número de muertes en un año desastroso. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

El desarrollo principal de esta área ha sido el descubrimiento de estrategias mentales o heurísticas que la gente emplea para arreglárselas en un mundo incierto. Si bien esas estrategias son válidas en determinadas circunstancias, en otras conducen a grandes y persistentes sesgos que tienen serias implicaciones en la evaluación de riesgos. La investigación de laboratorio sobre el conocimiento y las percepciones básicas ha mostrado que las dificultades en el entendimiento de los procesos probabilísticos, la cobertura sesgada de los medios de comunicación, las experiencias personales engañosas y las ansiedades generadas por los problemas de la vida causan la negación de la incertidumbre, el juicio deficiente de los riesgos (algunas veces sobreestimados y otras subestimados) y juicios sobre hechos que se mantienen sin una confianza garantizada.

La investigación y la experiencia han mostrado que rara vez los expertos y el público están de acuerdo con respecto al riesgo. Los expertos están propensos a tener los mismos sesgos que el público en general, en particular cuando se ven forzados a ir más allá de los límites de los datos disponibles y tienen que apoyarse en la intuición. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

### 2.4.3 Género y percepción de riesgos.

Los subgrupos de una comunidad pueden reaccionar de acuerdo con sus características culturales y sociales, y también de género. En general, las mujeres se sienten más inseguras con respecto a una amenaza industrial debido a que:

- 1) Perciben más eventos tecnológicos potencialmente peligrosos;
- 2) Tienen menos conocimiento de la organización laboral y, por consiguiente, no pueden percibir la efectividad de las precauciones de seguridad industrial y como resultado tienen menor credibilidad en esas medidas;
- 3) Tienen menor conocimiento real de los peligros y de su origen, y
- 4) Tienen mayor predisposición a la ansiedad (como una característica de personalidad).

También se ha observado que las mujeres reportan con mayor frecuencia situaciones de alarma con respecto a actividades industriales. Debido a que los valores de las mujeres con respecto a la salud personal, al bienestar y al cuidado familiar son más altos que los de los hombres, ellas están sujetas a un mayor estrés y se sienten más amenazadas por los peligros industriales. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

### 2.4.4 Tipos de sesgos.

Se conoce que las actitudes públicas hacia el riesgo se encuentran influenciadas por sesgos que son producto de percepciones personales hacia el mismo y que pocas veces se sustentan. Los sesgos optimistas y los “sesgos de indignación” son dos ejemplos de por qué los individuos pueden mantener puntos de vista irracionales acerca de un riesgo particular.

Los sesgos optimistas, también conocidos como *optimismo irreal*, son uno de los riesgos. Diversos estudios han demostrado que los individuos pueden reconocer la existencia de un riesgo, pero con frecuencia asumirán que no son vulnerables a él; es más fácil que reconozcan los peligros relacionados con otros. Es el síndrome clásico de “a mí no me puede pasar”. Mientras más piense un individuo con respecto a un riesgo, sentirá que tiene más control sobre la exposición. Se ha encontrado que los sesgos optimistas son más comunes en eventos positivos, mientras que los sesgos pesimistas son raros.

#### **2.4.5 Dimensiones de la confianza.**

La percepción de riesgos se relaciona también con el grado de confianza que tiene determinada audiencia respecto a la institución que se encarga de administrar el riesgo. Hay una serie de condiciones que pueden fortalecer las relaciones entre los comunicadores de riesgos y las poblaciones. Entre esas condiciones se encuentran el compromiso, el cuidado, la competencia y la honestidad. El juicio que una audiencia tiene sobre esas condiciones va definiendo la confianza que tiene en la institución responsable de la administración del riesgo.

Los comunicadores deben poder desarrollar estas condiciones relacionadas con la confianza para que puedan tener una aceptación adecuada en la comunidad con la que trabajan. Para evaluar la credibilidad de una organización o persona, el factor más importante que se decide en los primeros 30 segundos es la empatía o la percepción de cuidado que demuestren por la población; la competencia y experiencia determinan más de 15% de la credibilidad; la honestidad y la apertura de 15 a 20%, al igual que la dedicación y el compromiso.

#### **2.4.6 Aspectos emocionales relacionados con la percepción.**

Las emociones desempeñan un papel importante en la percepción de riesgos. La preocupación, la angustia y el temor pueden ser producto del conocimiento que se tenga sobre el riesgo, lo que influye en la percepción del mismo. Muchos comunicadores de riesgos no reconocen las emociones y argumentan que lo hacen por respeto a la audiencia, por aprensión y algunas veces por la creencia errónea de que puede salir el  *tiro por la culata*. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

El miedo es una de las emociones básicas. Es una respuesta frente a la necesidad biológica de protección ante el peligro, por lo que tiene un impacto poderoso en la percepción del riesgo. En la comunicación de riesgos se reconoce que existe un balance sutil entre las emociones (miedo), los hechos y la confianza, lo que puede ser visto como variables colocadas en un sube y baja o balancín; la confianza sería el punto de apoyo y los hechos y el miedo se balancearían en los lados opuestos.

Usualmente, la gente subestima los riesgos porque cree que se encuentra segura e invulnerable y no se siente obligada a hacer algo al respecto. Las evaluaciones técnicas y las del público difieren en la identificación de los riesgos más importantes. La investigación sobre la percepción de riesgos muestra que los expertos con frecuencia definen el riesgo de una forma técnica y limitada mientras que el público juzga el riesgo influido por una variedad de factores psicológicos, sociales, institucionales y culturales. (PERCEPCIÓN, ¿2003?).

## 2.5 MODELO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

Orem ve su modelo del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionadas que describen: a) el autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas); b) el déficit de autocuidado (por qué la enfermería puede ayudar a las personas) y c) los sistemas de enfermería (qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería). En este apartado se señalan los conceptos principales de estas teorías. (MARRINER, 1999).

### 2.5.1 Principales conceptos y definiciones.

*Autocuidado:* El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

*Requisitos del autocuidado:* Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija: 1) el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, y 2) la naturaleza de la acción necesaria. Los requisitos del autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquél. (MARRINER, 1999).

*Requisitos del autocuidado universales:* Los objetivos necesarios a escala universal que, se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital. En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

- 1) El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
- 2) La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
- 3) La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
- 4) El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
- 5) La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.

- 6) La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. El término *normalidad* se utiliza aquí para referirse a lo que es humano en esencia y se corresponde con las cualidades y las características genéticas y constitutivas del individuo. (MARRINER, 1999).

*Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo:* Se definen como aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.

*Requisitos del autocuidado cuando falla la salud:* Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto período de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Las enfermedades o lesiones no sólo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnóstico o el tratamiento. En el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud. (MARRINER, 1999)

Las medidas sanitarias que se adopten para resolver las necesidades de autocuidado cuando falla la salud deben ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes del individuo. La complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes es aún mayor por el alto número de tipos de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacerse dentro de un intervalo de tiempo determinado.

*Demanda de autocuidado terapéutico:* En esta categoría se encuentra la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo que dependen en particular de cada enfermedad y de las circunstancias y requieren la aplicación de métodos apropiados para: 1) controlar o gestionar factores identificados en las necesidades, de valor obligatoria para el funcionamiento del organismo como, por ejemplo, el aire, el agua y suficiente alimento, y 2) cumplir con el elemento de actividad de la necesidad, por ejemplo, mantenimiento, promoción prevención y provisión. (MARRINER, 1999).

La demanda de autocuidado terapéutico en cualquier momento: 1) describe factores en el paciente o en el entorno que (en por de la vida, la salud o el bienestar del paciente) deben mantenerse estables dentro de un rango de valores o conducirse a este rango de forma permanente, y 2) posee un grado conocido de eficacia instrumental que se deriva de la selección de la tecnología y las técnicas específicas que se van a aplicar, con el fin de tratar y en cierto modo, controlar a un paciente o unos factores cambiantes del entorno.

*Actividad de autocuidado:* Esta actividad se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar a cabruna acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual.

*Agente:* Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

*Agente de cuidado dependiente:* Por lo general estos agentes son personas adolescentes o adultas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas, o bien que regulan el desarrollo o el ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir al autocuidado.

*Déficit de autocuidado:* Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

*Actividad de enfermería:* Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

*Diseño de enfermería:* Función profesional realizada antes y después del diagnóstico y la prescripción a través de la cual las enfermeras, aplicando criterios prácticos sobre trastornos reales, sintetizan los elementos concretos para descubrir relaciones ordenadas que permitan estructurar las unidades operativas. El propósito del diseño de enfermería es ofrecer líneas maestras que ayuden a lograr resultados necesarios y previstos creados por la enfermera para alcanzar determinadas metas; las unidades en conjunto constituyen el modelo que orienta la actuación de la enfermera.

*Sistemas de enfermería:* Series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de éstos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad autoasistencial.

*Métodos de ayuda:* Desde el punto de vista de una enfermera, un método de ayuda es una sucesión de acciones que, al aplicarse, resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas, en el ámbito de la salud, para regular su funcionamiento y desarrollo propios o de otras personas que dependen de ellas. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y combinan adaptándolos a las necesidades o a las personas que atienden, en función de las limitaciones asociadas al estado de salud de aquéllas, estas son:

- 1) Actuar por otros.
- 2) Orientar y dirigir.
- 3) Ofrecer apoyo físico y psicológico.
- 4) Proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal.
- 5) Enseñar.

## **2.6 ANTECEDENTES POBLACIONALES DE LA COMUNA DE CHAITÉN**

Es la comuna más al sur de la Región de Los Lagos y una de las que tiene más difícil acceso con una superficie de 8.471 Km<sup>2</sup>. De sus 7.182 habitantes, 3.940 corresponden a población masculina y 3.242 corresponden a población femenina. La población rural corresponde a 43,40% y la población urbana al 56,60%.

Con relación a los recursos de salud de Chaitén, se cuentan con un Hospital de 20 camas, con un consultorio adosado y un servicio de urgencia. El 44% de la población que se ubica en cordillera, costa, península e islas, recibe atención del Departamento de Salud Municipal a través de rondas rurales, con acceso por mar y tierra, son diez postas y cinco estaciones de salud rural.

Para la asistencia sanitaria, la comuna de Chaitén cuenta con 4 médicos generales, dos odontólogos, un químico farmacéutico, tres matronas, dos enfermeras, un tecnólogo médico, una nutricionista, una kinesióloga y una asistente social. Además cuenta con catorce técnicos paramédicos en el Hospital, diez paramédicos en el sector rural, seis funcionarios de apoyo administrativo en el hospital, dos en el nivel municipal.

Entre las características y condiciones de las/los usuarias/os de los servicios de salud destaca que esta comuna tiene una densidad poblacional de las más bajas y que su crecimiento está limitado por la escasa habitabilidad de su territorio. Además, la relación de masculinidad

es notoriamente mayor en el espacio rural y la pirámide poblacional muestra una disminución entre los 15 y 35 años, más acentuada en las mujeres. Al mismo tiempo, la base, compuesta por lo menores de cinco años, se estrecha.

Estas condiciones muestran que la comuna no retiene población y presenta una baja natalidad, lo que se evidencia en un descenso en el crecimiento poblacional (censo 2002). La migración derivada de la escolarización, se transforma de estacional a definitiva, dado la variación de expectativas de los jóvenes. Otra situación gravitante es el traslado de la población militar y sus familias hacia Coyhaique en el año 2002.

Existen cerca de 2000 estudiantes, de los cuales son 1200 urbanos y 800 rurales. De ellos, cerca de 450 están en enseñanza media y 50 en educación prebásica y 200 estudiantes permanecen en régimen de internado. La ciudad de Chaitén cuenta con dos jardines infantiles, dos escuelas básicas, una con internado y un liceo con internado. El área rural cuenta con 15 escuelas básicas rurales, tres con internado y enseñanza básica completa, además un liceo ambiental.

### **2.6.1 Perfil epidemiológico de la Comuna de Chaitén.**

El perfil epidemiológico se caracteriza por una tasa de natalidad de 14,2 nacidos vivos por 1000 habitantes (censo 2002), mientras que la mortalidad infantil y la neonatal es de cero, la mortalidad general es de un 3,6 por mil habitantes (INE 2001), las causas de muerte son las cardiovasculares para el sexo femenino y traumatismos y violencia para los varones, destacándose como causa base la ingesta de alcohol.

La principal causa de hospitalización en mujeres es la patología biliar, mientras que para los hombres son los accidentes y violencias. Los niños se hospitalizan por afecciones respiratorias (22,8%).

Los casos de cáncer cervicouterino en la población rural de la comuna de Chaitén durante el año 2002 fue de 4 mujeres, 3 de las cuales fueron diagnosticadas con NIE I (Neoplasia Intraepitelial de Grado I) y una con NIE III, provenientes de las localidades de Chumelden, Chana e Isla Chuit. Durante el 2003 se pesquisaron 2 casos, siendo sus diagnósticos NIE I y NIE II, provenientes de las localidades de Santa Lucía y Ayacara. Durante el 2004 y 2005 no han sido reportados nuevos casos rurales. En Chaitén urbano los casos registrados el 2002 ascienden a 4 mujeres, 3 con NIE I y 1 con NIE II, durante el 2003 se pesquisaron 5 casos, 2 NIE I, 1 NIE II y 2 NIE III. En el 2004 se diagnosticaron 4 casos, 3 NIE I y 1 NIE II. Hasta agosto de 2005 existen 3 casos 2 con NIE I y 1 con NIE III.

La red de resolutiveidad establecida es, el Hospital de Puerto Montt y el Hospital de Esquel, Argentina, pero los pacientes acuden frecuentemente a la Clínica Los Andes, Hospital de Puerto Varas y Hospital de la Seguridad en Puerto Montt y los habitantes de las Islas Desertores acuden al Hospital de Achao, en Chiloé, tanto para urgencias, especialistas y exámenes.

El hospital de Chaitén recibe pacientes de Palena, Futaleufu, Puerto Cisnes y Las Juntas. También mantiene convenios para la atención de accidentes laborales con el INP y las mutuales.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio utiliza un enfoque cualitativo a través de un diseño no experimental, de tipo exploratorio, pues se recolectan datos en un momento determinado, sobre un área que es poco conocida, en este caso, de las experiencias de mujeres diagnosticadas con neoplasias intraepiteliales de la ciudad de Chaitén y su percepción en relación a lo vivido, lo que permitirá conocer los aspectos familiares y personales de estas mujeres, situaciones que no están exploradas aún en la literatura.

Al ser este estudio de tipo exploratorio, no probabilístico se utilizó el estudio de caso, que de acuerdo a lo citado por AGUIRRE (1995) permite organizar y presentar información sobre una persona específica y sus circunstancias, pretende construir un saber en torno a una particularidad individual, adecuándose a la dimensión social, cultural y psicológica de una persona.

Se utilizará el estudio de caso tipo instrumental, en el cual, “Un caso particular es examinado con el fin de proporcionar un mayor conocimiento sobre un tema o un refinamiento de la teoría”. (AGUIRRE, 1995). Esto se adecua muy bien a los fines del estudio que precisamente lo que busca es facilitar el entendimiento y las razones psicoemocionales que tienen estas mujeres de la comuna de Chaitén.

##### 3.1.1 Selección de la Muestra.

En el estudio, la unidad de análisis corresponde a 5 mujeres diagnosticadas con neoplasias intraepiteliales de grado I a III, durante los años 2002 a 2006, quienes aceptaron ser entrevistadas para este estudio, mediante la firma del consentimiento informado, el cual asegura la confidencialidad de sus identidades.

##### 3.1.2 Técnicas de recolección de datos.

Esta comprende la entrevista narrativa, la cual es una opción distinta de acercarse a los mundos individuales de experiencia, se utilizan las narraciones producidas por los entrevistados como una forma de dato. Las narraciones, por otra parte, permiten al investigador acercarse al mundo experiencial del entrevistado/a de un modo más amplio, pues este mundo está estructurado en sí mismo. En la entrevista narrativa, se pide al informante que presente la historia de un área de interés, en la que participó la entrevistada, en una narración improvisada. La tarea del entrevistador es hacer que el/la informante cuente la historia del área de interés en

cuestión como un relato coherente de todos los acontecimientos relevantes desde su principio hasta su final. (FLICK, 2004)

Según HERNÁNDEZ (2003) en investigación cualitativa se sugiere realizar una inmersión inicial en el campo, con el objetivo de elegir un ambiente apto para realizar las sesiones en donde las participantes se sientan cómodas, seguras y a gusto. Esto permitirá conocer los discursos de cada mujer sin el riesgo de que sus verdaderas percepciones del problema sean encubiertas por la reacción de las demás participantes y el investigador.

Además se utiliza la grabación de las conversaciones en cintas de audio previamente autorizado por la entrevistada y un cuaderno de notas de campo, con el objetivo de recordar signos no verbales, situaciones específicas u otros aspectos que se desarrollen en determinados momentos. Sólo en uno de los casos, la entrevistada solicita que no se tomen notas ni se grabe la conversación.

### **3.1.3 Plan de tabulación y análisis.**

La información recogida es sometida a análisis de contenido. Este fué paralelo a la recolección de los datos, porque como lo plantea TAYLOR y BOGDAN (1987), es un proceso en continuo en la metodología cualitativa, de manera que permita a el/la investigador/a captar un tema emergente que aparezca en el proceso y que quizás no estaba en las categorías iniciales de análisis, además esto permite que ante cualquier duda que aparezca del análisis se aclare en forma inmediata.

Por lo tanto, después de cada entrevista se transcribe la información recopilada tanto en cintas de audio como en los cuadernos de campo y se procede a la categorización y codificación de los datos con el fin de prepararlos en forma adecuada para el análisis de contenido que se realizó en forma continua y no al final de la investigación.

Las categorías de análisis son:

- Conocimientos y mitos en torno al cáncer.
- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Conocimientos en relación al control ginecológico.
- Percepción de la mujer al conocer el diagnóstico de cáncer.

La categoría emergente que surge a partir de los hallazgos es:

- Relación de pareja.

### 3.1.4 Procesamiento de la información.

Una vez obtenidas las categorías de análisis, se procede a la codificación de las transcripciones de las entrevistas grabadas y de las notas de campo, mediante el empleo de una letra para cada informante. La letra representa el pseudónimo de cada una de las informantes, que se utilizó para proteger su identidad y la confidencialidad de los datos aportados.

Código	Pseudónimo	Informante
E	Emilia	Mujer adulta, 54 años de edad, casada, profesora la religión católica. Educación técnico profesional. Antecedentes mórbidos familiares (A.M.F.) de hipertensión arterial (H.T.A.) de ambos padres, 1 hermano con epilepsia tratada, antecedentes mórbidos personales (A.M.P.) de diabetes, asma y anexitis (inflamación de los órganos anexiales del útero como ovarios o trompas de falopio) a repetición. Sin hábitos nocivos. Menarquia a los 16 años, inicio actividad sexual a los 25 años, 1 pareja sexual, 1 aborto en 1977 de 4 meses de gestación, posee hijos, ambos por parto eutócico y en el último indica la utilización de fórceps (16/04/80). Lactancia de 3 meses a cada uno. Métodos anticonceptivos (M.A.C.) usados, Lippes por 1 año, el cual abandonó por mala tolerancia y anexitis, luego utilizó anticonceptivos orales (A.C.O.) por 3 años hasta que se realiza una esterilización tubaria a los 6 meses de tener a su última hija. Se le diagnosticó una neoplasia intraepitelial de grado I (NIE I) el 4 de abril del 2006.
F	Francisca	Mujer adulta, 33 años de edad, casada, religión católica. Cuarto medio cursado, dueña de casa. A.M.F. de miopía de su padre y alergia a la penicilina de su madre. A.M.P. de astigmatismo. Sin hábitos nocivos, solo alcohol social. Menarquia a los 16 años, inicio de actividad sexual a los 19 años, 1 pareja sexual. Tiene 2 hijos varones, partos eutócicos. M.A.C. dispositivo intrauterino, el cual utilizó por 3 años y se retiró por molestias que provocaba éste. Se le diagnóstico un NIE III en mayo del año 2003.
L	Lidia	Mujer adulta joven, 29 años de edad, casada, de religión católica. Cuarto Medio cursado, trabaja de secretaria. Sin antecedentes mórbidos familiares ni personales. Se automedica con trimebutino cada 3 meses aprox. Menarquia a los 13 años, inicio de actividad sexual a los 20 años, 1 pareja sexual. Tiene 2 hijas/os, ambos por parto eutócico. A utilizado A.C.O. por dos períodos, el primero por 5 años y el segundo por 13 años, refiere buena tolerancia y termino de uso por tratamiento a causa de su neoplasia. Refiere cirugía abdominal por quistes hidatídicos al hígado. Se le diagnóstica un NIE I en febrero del 2006.
N	Nidia	Mujer adulta, 40 años de edad, casada, de religión católica, cuarto

		medio cursado, trabaja en centro educacional. A.M.F. de H.T.A. en su madre, no posee antecedentes mórbidos personales, tabaco (+), alcohol social. Menarquia a los 14 años, inicio actividad sexual a los 21 años, 1 pareja sexual, 1 aborto gemelar el 19/01/02, 1 hijo vivo de parto eutócico del año 1992. Utilizó D.I.U. por 7 años y terminó su uso por metrorragias provocados por éste. Se le diagnóstico un NIE I el 02/05/02.
Y	Yasna	Mujer adulta joven, 22 años de edad, casada, religión católica, cuarto medio cursado, dueña de casa. A.M.F. de H.T.A. de su padre, sin A.M.P., sin hábitos nocivos. Menarquia a los 13 años, inició actividad sexual a los 15 años, 2 parejas sexuales durante su vida, su último parto fue el 03/04/05. Tiene 2 hijas, ambas por parto eutócico. No ha utilizado nunca ningún método anticonceptivo. Se le diagnosticó un NIE III el 12/05/06

### 3.1.5 Validez de los resultados.

La validez del estudio, que en términos prácticos, mide la eficacia del método investigativo y el grado en que este refleja el fenómeno en estudio, (GUERRA, D. 2004) se desarrolla mediante la revisión y cuestionamiento constante de la veracidad de cada etapa del estudio. Se considera, por tanto, la representatividad de las informantes y sus relatos, los casos extremos, sobresalientes, los casos contrastables con los supuestos teóricos, la pertinencia de los instrumentos y la retroalimentación con las informantes. Para igual propósito, se lleva a cabo la táctica de triangulación, que permite validar los objetivos de los hallazgos a través de la apreciación de las mismas informantes y otros/as investigadores/as.

La confiabilidad del estudio está dada por la devolución de la información a las entrevistadas para su revisión y corrección, en caso de error en la transcripción de las grabaciones.

### 3.1.6 Resguardos Éticos.

La confidencialidad y anonimato de la información entregada por las entrevistadas está resguardada por la firma del consentimiento informado, el cual deja una copia a disposición de las entrevistadas y se asegura su privacidad mediante el reemplazo de sus nombres por identidades ficticias en el texto final. (Ver anexo 5)

## 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 EL COMIENZO

Esta investigación se inicia en el servicio de Oncología del Hospital Base Valdivia, al cual el autor ingresó como estudiante de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile el primer semestre del año 2005. Ahí, entre la atención a las personas y las evaluaciones, llegó hasta mis oídos de parte de algunos compañeros/as y docentes el rumor de que muchas mujeres provenían de la zona de Chaitén, provincia de Palena, con cáncer cervicouterino en estadios muy avanzados, lo que generó en mí una creciente curiosidad e interrogantes, ¿Por qué llegan con un cáncer tan avanzado? ¿Se realizan los controles adecuados?

Al realizar la recopilación de información acerca de las personas que provenían de la zona en cuestión, se encontró el inconveniente de que los registros del Hospital Base Valdivia no tenían la información del lugar de origen de las personas, solo la procedencia del servicio de salud al cual pertenecían, en este caso “Servicio de Salud Llanquihue” (Llanquihue, Chiloé, Palena), datos imprecisos, por lo que se obtuvo la información directamente del Hospital de Chaitén, donde se proporcionó la información que desde el año 2002 a septiembre del 2006. Hubo 21 casos de cáncer cervicouterino y 1 cáncer de mamas.

La planificación consistió en realizar 4 entrevistas narrativas a las mujeres con el estadio más avanzado (clasificación NIE III) y 18 entrevistas semiestructuradas a las mujeres que poseían un estadio menor, pero en terreno las cosas cambiaron diametralmente, puesto que un gran número de mujeres vivían en zonas aisladas de la provincia, quienes fueron inaccesibles, otras se habían trasladado del lugar a otras regiones (entre ellas la única con cáncer de mamas) y dos se negaron a conceder la entrevista por múltiples razones, a pesar de los esfuerzos para persuadirlas de aportar con la investigación (estaban en su derecho), por lo cual tuve que adaptarme a las circunstancias y realice 5 entrevistas narrativas.

Se realizó una visita de acercamiento a estas mujeres para explicarles en que consistía la investigación y dejarles el consentimiento informado para que lo leyeran con tranquilidad, para luego en una segunda visita recoger este documento y planificar una fecha para realizar la entrevista en el lugar que a ellas les acomodara más. Posteriormente en una tercera visita se realizaron las entrevistas, en las cuales ellas aportaron vivencias, a veces, jamás imaginadas por este entrevistador. En resumen las entrevistas realizadas fueron de un gran aporte y muy esclarecedoras de la experiencia vivida por estas mujeres, las cuales presento a continuación.

Tengo que subrayar que las entrevistadas destacan su enfermedad como “cáncer” y no como una lesión precursora de esta, por lo cual en algunas preguntas utilice la palabra cáncer.

## 4.2 EL DIAGNÓSTICO

Al iniciar las entrevistas se observó lo complejo que resultaba para cada una de ellas hablar de sus experiencias, de cómo habían vivenciado la enfermedad, de todo lo que habían pasado a causa de algo que no producía síntomas, y sin embargo, provocaba múltiples sentimientos: miedo, ansiedad, rabia, preocupación por sus seres queridos. Esta fase según BECKY se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre; tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso o choque. Se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc. (BECKY, 2005)

Mi primera entrevistada es la Sra. Yasna, una mujer de 22 años con dos hijas pequeñas, a la cual le detectaron una neoplasia intraepitelial de grado III, en mayo del 2006, casada hace 3 años, *felizmente casada* refiere ella, no me puedo dejar de preguntar ¿Por qué una mujer tan joven tiene esta enfermedad? ¿Cómo habrá vivido todo esto?

Para responder la primera de las interrogantes, se recurrió a los datos entregados por ella, los cuales me muestran que esta entrevistada tuvo un temprano inicio de la actividad sexual (a los 15 años), lo cual es un factor de riesgo de contraer el virus del papiloma humano, uno de los principales agentes causantes de cáncer de cuello uterino, según ISLA, 2002 y BARRÓN, 2005. Además otro factor de riesgo, según el último autor, esta relacionado con el haber tenido uno o más partos vaginales (la entrevistada ha tenido dos) lo que podría estar relacionado con un mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Para la segunda interrogante, tengo que relatar como fue la entrevista con ella y las circunstancias en que ocurrió. Al llegar a su hogar, ella me ofrece un vaso de bebida, al cual acepto gustoso, ya que venía del Hospital después de un arduo día de trabajo. Puedo apreciar que están ampliando su casa y me pide disculpas por el desorden que hay, se encuentra también su madre, la cual vive con ella, le ayuda en las labores del hogar y cuida a sus nietas. Al comenzar, ella le pide al maestro que amplía su casa que por favor no haga tanto ruido a lo cual le doy las gracias y comenzamos. Al repasar las grabaciones y recordar sus expresiones faciales, en ese momento no me pude ni imaginar por todo lo que había pasado. Al entrevistarla y saber como le informaron acerca del resultado de su examen de Papanicolaou, ella manifestó:

*“Es que yo nunca fui a saber mi resultado y pasó la niña que atiende con la Matrona y me dijo que la Matrona tenía que hablar conmigo, que era la Matrona... entonces ella me*

*explicó que me había salido un PAP que estaba alterado, que tenía un NIE III [Neoplasia Intraepitelial de grado 3] y que debería ir a Puerto Montt”*

Al preguntarle como se sintió cuando le dijeron que tenía “cáncer al cuello del útero” ella dijo:

*“Me puse súper nerviosa, porque ahí se me quitó la cara de felicidad que llevaba... yo no sabía porque me habían llamado y ella me explicó lo que era, que ahí me podían hacer un conito o... sacar la células cancerosas, que tenía un conito o quemarme, congelarme... algo”*

Y también agrega que cuando ella meditó sobre su enfermedad se sintió:

*“mal, o sea, súper mal, yo me pase cualquier rollo, que iba a quedar sin pelo y que iba a tener que estar con quimioterapia”*

Según MONTES, 2006, existen múltiples preocupaciones en las mujeres con cáncer cérvico uterino entre los que cuentan el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento. (MONTES, 2006)

Al apreciar esto sólo pude preguntar que fue lo que pensó en relación a su familia con este diagnóstico tan abrumador a lo que ella respondió:

*“Yo en lo primero que pensé fue en mi hija, yo estaba enferma, que me va a pasar, en lo peor, en mi pura hija, después pensé en todo lo demás, en mi mamá...”*

La siguiente entrevistada es la Sra. Francisca, mujer de 33 años a la cual le diagnosticaron una neoplasia intraepitelial de grado III (NIE III) en mayo del 2003, madre de dos hijos y casada hace 12 años. Al llegar a su casa puedo percibir que se trata de una mujer esforzada, una madre abnegada; me hace pasar a su hogar y atiende a su hijo que acaba de llegar del colegio, le ofrece tomar once pero éste se niega porque solo quiere ir a jugar con sus amigos. Su otro hijo se encuentra mirando televisión con un volumen ligeramente alto, pero a ella parece no importarle ya que su hijo se ve feliz.

Al comenzar la entrevista se pudo observar en su rostro que el tema del cáncer es una etapa muy traumática en su vida, ya que se notan expresiones de tristeza. Al preguntarle como empezó todo ella dice:

*“La técnico paramédico me vino a buscar porque el doctor tenía que hablar conmigo... El Dr. fue suave al decirme la noticia del PAP alterado, porque algunas personas llegan y le dicen, pero el me habló relajadamente... Allá en Puerto Montt me dijeron que tenía que sentarme y me dijeron altiro que tenía que operarme”*

Al seguir la entrevista y solicitarle que manifestara cuáles fueron sus sentimientos cuando le informaron que tenía cáncer, aflora en ella una angustia que fácilmente pude percibir. Sus sentimientos son más nefastos en este sentido ya que ella expresa:

*“Ay Dios..., uno se siente como que a Ud. le dicen una noticia que te llega de golpe y te recuerda la vida entera... antes le tenía miedo a la muerte y en ese momento ya no, porque en ese instante es como decir muerte”*

El cáncer cérvico uterino en nuestro país se ha constituido en la primera causa de muerte en el grupo entre 20 a 44 años y la sexta en el grupo de 45 a 64 años (MONTES, 2006), por lo que no es extraño apreciar la asociación que realiza la Sra. Francisca entre cáncer y muerte.

El cáncer cervical es el cáncer que reporta los mayores índices de depresión, y en comparación con otros cánceres, como el de mama y de endometrio, es el que reporta las mayores aflicciones emocionales. Esto se debe a que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento contribuyen a que están en promedio más años libres de enfermedad, lo que hace que vivan más tiempo con la amenaza de la recidiva. (MONTES, 2006). En resumen la presencia de cáncer es un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, desfiguro físico y disrupción de la relación con otros. (ALMANZA, 2001).

La Sra. Emilia es la tercera entrevistada, una mujer de 54 años, diagnosticada con una neoplasia intraepitelial de grado I (NIE I) el 4 de abril del 2006, madre de dos hijos(as) y casada hace 28 años. Posee una instrucción de nivel técnico superior y la entrevista se realiza en su lugar de trabajo. El semblante de Emilia irradia la de una mujer comprometida con su trabajo ya que el encuentro se realiza al finalizar su jornada de trabajo. Al comenzar se puede apreciar que ella, pesar de haber aceptado la entrevista, es cauta y reservada en su experiencia con esta enfermedad, ya que sus respuestas son entrecortadas y breves.

Al solicitarle que relate como se sintió cuando le informaron acerca de su alteración ella solo respondió:

*“claro, si, ahí me... es que era mucha pena, o sea, a uno le da cuando sabe que si no se trata, es un problema, un riesgo fatal”*

Ella se pone meditando, como recordando todo lo sucedido, se le deja un momento absorta en sus pensamientos y luego se le pregunta que hizo ella después de conocer la noticia, a lo cual ella me responde:

*“Lo primero que hice... irme en contra de mi marido y dejé el negocio [ella tiene un negocio, el que atiende cerca de su casa] para ir a la casa, y allá... dejé la crema...”*

Ante tal respuesta y apreciando que ésta estaba cargada de un sentimiento de rabia, no pude dejar de preguntarle la razón de su actitud, a lo que ella manifestó:

*“Porque... era la única... como excusa que tenía porque no había otra manera... siempre que estuviera, en no sé, todo, choca con... como luché yo... y si tiene una pareja y es única, no tiene donde más pensar”*

Según MONTES, 2006, el cáncer cérvico uterino al estar relacionado con la promiscuidad sexual trae como consecuencia un estigma social que provoca en la mujer aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión. El apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación.

La Sra. Nidia tiene 40 años, le detectaron una neoplasia intraepitelial de grado I el 2 de mayo del año 2002, tiene 18 años de matrimonio y un hijo de 14 años y trabaja en un centro educacional de Chaitén. Padeció de un aborto de gemelos el 19 de enero del 2002, el que casi le costó la vida, ya que esto ocurrió cuando ella vivía en Chana, localidad costera que se encuentra al norte de Chaitén y la cual sólo se puede acceder a través de lanchas, lo que en su momento imposibilitó un traslado rápido a un centro asistencial. Tenemos nuestra entrevista en su lugar de trabajo, un día sábado por la tarde, el cual no está lluvioso, cosa anecdótica en Chaitén, considerando la fecha (inicios de septiembre del 2006).

Cuando comenzamos a hablar, ella se muestra muy abierta a conversar sobre su experiencia, pero a medida que profundizamos en el tema, ella va adquiriendo un aire cada vez más triste en su fisonomía al recordar todo lo sucedido. Ella explica como fue que le informaron de su situación:

*“Pensé bueno, como me dijeron que tenía que venirme urgente a Chaitén porque me había salido un PAP alterado, bueno uno piensa enseguida que tiene cáncer... pensé que tenía cáncer y que ya... no sé, que tenía que... bueno no... temía por mi salud no más... temía por mi salud y que quizás, uno piensa enseguida y se imagina que ya en unos años más ya no voy a estar...”*

A pesar de todo, Nidia tenía una actitud muy positiva frente a la enfermedad, ya que a pesar de su primer sentimiento fatalista, ella comenzó a pensar que no era tan grave lo que tenía, como a continuación dice:

*“Al principio fue... me imaginé de todo, pensé que ya estaba... una paciente ya grave, pero también que yo no sentía nada y también a mí no me convencía que no era nada grave, porque si yo hubiera estado en una situación más grave yo hubiera sentido molestias... y me dediqué a averiguar... lo primero que hice fue tratar de averiguar si era muy avanzado, si era benigno eso... y eso lo hice así, de una tarde al otro día, lo averigüé hasta que logré sacarle, porque es una información que no la pueden dar, logré sacarle a la Matrona acá, averiguar que estaba en una leve, que era un inicio, entonces eso me tranquilizó, porque yo lo único que quería era saber en que situación estaba yo”*

La última de las entrevistadas es la Sra. Lidia, tiene 29 años de edad, casada hace 9 años, tiene dos hijos, un adolescente de 19 años y una niña de 14 años, le diagnosticaron una neoplasia intraepitelial de grado I (NIE I) en febrero del 2006. Ella posee una familia nuclear, a la cual quiere mucho según me manifiesta y no esta preparada para dar una entrevista que quizás pueda afectarla a ella y por ende a su familia, a lo cual yo trato en una primera oportunidad de convencerla a dar su testimonio ya que es muy importante para mí, pero no trato de forzar la situación y solo le dejo el consentimiento informado para que lo lea y ella decida con más tiempo si entregarme o no sus experiencias. En una segunda oportunidad ella me manifiesta que esta dispuesta a dar la entrevista, pero con una condición *“no quiero que grabes mi voz o que escribas nada, al menos no en mi presencia”*, a lo cual accedo, a pesar lo complejo que es para mí la situación, ya que poder recordar todo lo que ella me dice durante la entrevista para poder transcribirlo después es, por decir lo menos, arduo.

Cuando nos reunimos puedo percibir que ella no se siente muy a gusto, a lo cual trato de relajar el ambiente previo a la entrevista contándole lo difícil que ha sido para mí poder ubicar

a las personas y agradeciéndole a ella el aportar para mi investigación. Finalmente logro que se relaje y el encuentro transcurre con normalidad.

Le pregunto que fue lo que hizo después de saber el diagnóstico, a lo que ella responde:

*“Bueno, este es la primera vez que me dicen que tengo algo tan malo, así que solo busqué el apoyo de mi esposo”.*

Con el relato de la Sra. Lidia podemos apreciar que el apoyo de la familia en el momento del diagnóstico de esta patología es fundamental para el buen afrontamiento de esta. La intervención de la Matronería en esta fase (al igual que la realizada por el psicooncólogo) debería enfocarse en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos. (BECKY, 2005).

### **4.3 CONTROL GINECOLÓGICO**

El control ginecológico es una herramienta indispensable para la pesquisa prematura del cáncer cérvico uterino, siendo su principal medio de tamizaje la toma del examen de Papanicolaou. Múltiples factores inciden en la adherencia e importancia que las mujeres le otorgan al control, como lo manifiesta CASTRO, 2001: la prevención oportuna del cáncer cervicouterino, por medio del clásico PAP se ve obstaculizada por una falla en la información de la sexualidad durante la infancia y la adolescencia, así como por una deficiencia en la práctica del PAP a escala institucional.

La desinformación que existe en relación al control ginecológico y el examen de Papanicolaou en un principio es evidente, como lo manifiesta Yasna:

*“Siempre me explicaban sobre el desarrollo y todo, pero del cáncer del cuello uterino no, eso no, eso nunca, lo único nomás lo del liceo, pero yo que recuerde no”*

Ella manifestaba que nunca se había informado mucho ni se había preocupado del tema, ya que para ella eso era un tema de gente más adulta:

*“Nunca he tenido problemas de PAP, porque tengo 22 años, entonces yo dije que pensaba que eso era para la gente que estaba.... más adulta...”*

La conciencia que tenía la Sra. Yasna, en relación a la percepción de este riesgo era baja, ya que creía que esta enfermedad era para gente mayor y como tal no le afectaría a ella. La posibilidad de impacto personal era mínima, ya que ella tenía una carencia de conocimientos de las consecuencias de este riesgo, lo que provocaba que la percepción de este fuera menor.

Una aseveración sobre la falta de conocimientos, la tiene la Sra. Francisca, ya que ella manifiesta:

*“Nunca tuve información sobre lo que era el PAP o cuando había que tomárselo, solo lo supe después que tuve a mi hijo... los padres a uno no lo explicaban nada”*

Emilia a su vez dice:

*“No, en el lugar donde yo estudié no, no había ningún tipo de información acerca del PAP o del cáncer cérvico uterino”*

Esto es algo preocupante, ya que muestra que no existe una entrega de información en relación al control ginecológico en los centros educacionales (liceos) en los que se educaron estas mujeres. Para incentivar la realización del control ginecológico y la toma del examen de Papanicolaou, estos se deberían promocionar a todo nivel, empezando desde la adolescencia.

A su vez Nidia expresa que a ella la información acerca del PAP y del control ginecológico la obtuvo de la siguiente manera:

*“Conversaciones con la auxiliar paramédico, escuchando charlas... bueno yo no sabía en realidad como lo tomaban [técnica de toma de células descamadas del cuello del útero o PAP], me pasó como tenía idea, pero..., si sabía que había que tomársela, pero con... charlas y conversaciones que uno tiene con las amigas”*

Así como se sugiere en el marco teórico, la posibilidad de impacto personal de esta patología, para estas mujeres, era mínima, ya que no poseían los conocimientos acerca de esta enfermedad como para que ellas tuvieran una percepción de riesgo alta de contraerla. Además al tratar de explicar esta patología acuden a mitos y creencias, salvo un caso en que culpa a su marido de esto, lo cual veremos posteriormente.

La percepción, es un factor importante que se debe considerar cuando se comunican riesgos. La percepción y la aceptación de riesgo tienen su origen en factores culturales y sociales, por esto se debe tener en cuenta que al transmitir la información sobre el riesgo de contraer cáncer cérvico uterino, se tiene exponer la magnitud de este, no solo a las mujeres, sino también a todas las personas que pudieran tener una influencia social en ellas, como lo son las/los amigas/os, la familia, los compañeros de trabajo, etc.

La importancia que le otorgaban en un primer momento estas mujeres al control ginecológico era nula a causa de la falta de información que poseían ellas y la poca preocupación de los padres de estas por su salud futura. Esto tiene que incentivar a realizar la promoción del control ginecológico en todo ámbito, como lo es en los establecimientos de educación media, integrando también a los adolescentes hombres, ya que ellos algún día serán padres y también podrán realizar la educación a sus hijas.

#### 4.4 EL SISTEMA DE SALUD

Las experiencias que se recopilaron acerca de la atención que recibieron estas mujeres por parte de los servicios de salud son variadas y diversas, pero existe un mínimo común: el esmero de una atención personalizada y adecuada por parte del personal de salud del Hospital de Chaitén y del Hospital de Puerto Montt. Según Ramírez los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal (como principal factor), a la mejoría en la salud, y a la preparación técnica del personal. (RAMIREZ, 1998)

La prestación de servicios de salud dada a la Sra. Yasna es un ejemplo de buena calidad de atención, ya que ella al principio manifestó que no se había preocupado tanto con lo que le estaban informando, pero le dijeron:

*“que sí había que preocuparse... Yo dije me voy a tomar mi tiempo, pero NO [sube el tono de voz] me dijeron, no te tomes tu tiempo, porque tú tienes un NIE II que es más avanzado, que la primera etapa, entonces tienes que irte lo antes posible, o sea, yo dentro de todo partí casi en el mes para allá”*

Sin embargo, no todo fue bueno en la atención profesional prestada, como explica Yasna cuando decidió ir a atenderse a la ciudad de Los Ángeles:

*“Si ni siquiera me quiso escuchar [la matrona], yo le explicaba y yo estaba súper preocupada entonces yo le decía... y me decía: “si no tienes ficha” me dijo “yo no te puedo atender” y yo le decía pero escúcheme si yo vengo de Chaitén, o sea, vengo súper lejos para*

*que me escuchara y me cerró la puerta nomás. Me dejó hablando sola más encima... que rabia decía yo... y ahí mi mamá me dijo nos vamos al departamento de salud, y de ahí fuimos y me dieron con un doctor y el doctor me hizo el informe para irme a presentarme a hospital Pedro Zúñiga y ahora tengo que ir, ojala que me atiendan mejor (risas)”*

Al escuchar sus palabras y apreciar su actitud, puedo darme cuenta que ya esto es una etapa superada para ella, pero que fue chocante en su momento, ya que no podía comprender como alguien que es una profesional de la salud tomaba ese tipo de actitud tan apática e insensible ante lo que ella estaba pasando, además agrega:

*“Allá hay una sola Matrona [en Los Ángeles], pero allá son súper llevas [de sus ideas, o sea, no tienen en consideración a los demás]. Yo le digo... ahora yo siempre he dicho que por qué, si ya esta demás no se retira, si no tiene voluntad para nada”*

A pesar de esa pésima experiencia, ella manifiesta que la atención otorgada en Chaitén fue de lo mejor, como ella misma dice:

*“A mi me informó la Matrona y ella es súper buena y le agradezco y a la otra Matrona igual. Yo con ninguna de las dos me quedo [no prefiere a ninguna sobre la otra, las dos son buenas matronas], así que le dije que me voy a ir para los Ángeles porque allá me atienden, esperando que me atendieran mejor, pero ni me pescaron allá...”*

Una experiencia diametralmente opuesta es que la vivió la Sra. Francisca, ya que no tuvo problemas de ninguna índole como manifiesta:

*“en Puerto Montt me atendieron súper bien, y fue mejor que me hubieran dicho que tenía cáncer en Puerto, ya que si me lo hubieran dicho acá [en Chaitén] no hubiera ido” [Ella se refiere a que hubiera tenido mucho temor de realizarse exámenes y tratamientos, como quimioterapia, si le hubieran dicho que tenía cáncer en Chaitén y por eso ella no hubiera ido]*

*“No cambio en nada el tipo de atención que me otorgaban en el hospital de Puerto Montt”*

La Sra. Nidia tiene una experiencia similar a la de Francisca, ya que ella está muy agradecida de la atención que le brindaron en el Hospital Base de Puerto Montt, ya que tenía una atención especial por ser de Chaitén, ella manifiesta que la atendieron:

*“Bien, muy bien, por ser paciente de Chaitén, llegar con la interconsulta, me atendían... en realidad era la primera que pasaba a atención, aunque la fila es larga, pero me llamaban siempre al tiro, era una de las primeras para atender”*

Las atenciones dadas a estas mujeres fueron de muy buena calidad, según el trabajo de RAMIREZ, 1998, ya que se destacó un trato respetuoso y la calidad de la información entregada a ellas para que tomaran las mejores decisiones. Un resumen a todo es la declaración de la Sra. Lidia:

*“El trato que recibí en el Hospital de Chaitén y en el de Puerto Montt fue excelente”*

Podemos apreciar que la calidad de la atención recibida por parte de estas mujeres difiere respecto al proveedor de salud del cual se trate, ya que si hablamos del Hospital de Chaitén o del Hospital de Puerto Montt podemos apreciar que existe un trato muy deferente hacia ellas, considerando que su lugar de procedencia es muy aislado, en cambio esta deferencia no existe en Los Ángeles como pudimos apreciar con el relato de la Sra. Yasna. Según Puentes en su estudio sobre “Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México”, el principal factor que determinó la percepción de los usuarios sobre el trato que recibieron en los servicios de salud en México fue el proveedor. El dominio mejor calificado fue el trato respetuoso. (PUENTES, 2006).

En suma, el servicio de salud de Chaitén otorga a las usuarias de este estudio un trato digno y acorde a sus necesidades; todas ellas declaran que se les trató bien o muy bien, de forma respetuosa y que les otorgaron la información y el apoyo necesario que ellas necesitaban en el momento oportuno.

#### **4.5 CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS DEL CÁNCER**

Las creencias y mitos son muy variados en torno a las causas del cáncer del cuello del útero, dependen de la cultura en la cual están inmersas las mujeres. Estos pueden parecer ilógicos para el personal de salud, pero para las personas son muy importantes y están muy arraigadas en ellas. Los prestadores de servicios de salud tienen la obligación de pesquisar y aclarar estos, para así mejorar la calidad de vida de las usuarias.

Una creencia muy interesante y dramática sobre la causa del cáncer que se le detectó, es la que tiene la Sra. Nidia:

*“En ese momento, o sea, yo pensé que era todo producto del aborto, de haber tenido una guagua muerta adentro, del raspado uterino que me hicieron, entonces pensé que era todo producto de eso. No pensé en que fue descuido mío, porque igual anteriormente yo siempre me hacia los PAP y todo estaba al día, siempre me daban para 3 años, siempre me hacían y salía bueno y me daban plazo 3 años y yo dentro de los 3 años me quede embarazada y también culpaba al DIU también porque lo usé y también pensé que podía ser producto de eso igual”*

Aquí podemos apreciar claramente tres causas (gravídicas y ginecológicas) que ella cree que podría haberle causado la enfermedad: el aborto, el legrado uterino y el DIU. Hasta el momento no se ha relacionado ninguna de estas causas como precursoras de la enfermedad, lo que puede considerarse como una creencia que ella posee y que no se ha clarificado de forma adecuada por parte del personal de salud que la atiende. También podemos considerar aquí que ella evaluó la posibilidad de que su enfermedad fuera por causa o descuido de ella, pero que después de sopesar esta probabilidad, claramente considero que no era así (*no pensé que fue descuido mío*).

Otra particular visión la tiene la Sra. Francisca:

*“Yo pensé que esas cosas que hacen el PAP, como esas maquinitas las usan en unas personas y luego las usan en otras, yo pensé que eso pudiera ser”*

La alusión es al espejuelo, instrumento utilizado para separar las paredes vaginales y poder apreciar el cuello uterino para tomar la muestra de células descamadas de este para la prueba de Papanicolaou. Al conversar con ella y manifestarle que estos instrumentos son esterilizados para su posterior reutilización, ella manifiesta:

*“Si sé que los lavan y los limpian, pero igual yo creo que les quedan cosas microscópicas que les pueden contagiar a uno la enfermedad”*

Aquí podemos observar la desconfianza que ella le tiene a la técnica de asepsia y antisepsia y a los/las funcionarios/as que realizan este procedimiento. Esta desconfianza también puede ser causada como una desviación de las responsabilidades propias de su autocuidado.

Otra creencia es la de la Sra. Yasna:

*“Nunca he tenido problemas de PAP, porque tengo 22 años, entonces yo dije que pensaba que eso era para la gente que estaba.... más adulta...”*

Esta creencia parte del conocimiento general de la población de que el cáncer es una enfermedad que ataca a la población de edad más avanzada y que no se manifiesta en la gente joven. Pero como demuestra DONOSO, específicamente para cáncer cervical, las jóvenes chilenas tienen riesgo de adquirir precozmente infección por VPH (Virus del Papiloma Humano) y desarrollar lesiones cervicales preinvasoras antes de los 25 años, esto es porque los cambios culturales del país desde los años 1990 a 2003, hacen que la edad promedio de inicio de vida coital en mujeres escolares entre 11 y 17 años haya aumentado y que el 60,4% de las mujeres entre 15 y 18 años ya han tenido relaciones sexuales. (DONOSO, 2006).

La percepción de riesgo de la Sra. Yasna está claramente alterada a causa de su edad, ya que esta provoca en ella una falsa sensación de seguridad, a causa de la falta de información que ella posee con respecto al inicio de la enfermedad.

Las creencias y mitos en la población nunca van a desaparecer, pero nuestra obligación es enmendar la ausencia de conocimiento de las/los usuarios de la salud hacia un camino de discernimiento y comprensión real de sus padecimientos y de las causas que los provocan, para así mejorar su calidad de vida y proporcionarles las herramientas adecuadas para afrontar su enfermedad.

#### **4.6 LA PAREJA Y EL CÁNCER**

Según MONTES, el apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo familiar, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como la negación. Para favorecer una mejor calidad de vida se necesita una amplia red de apoyo social, buena comunicación con la pareja, especialmente relacionado con temas sexuales, paridad cumplida, estrategias adecuadas de afrontamiento, buen estado de salud mental y vida espiritual activa. (MONTES, 2006).

La Sra. Yasna tiene una visión muy buena acerca del apoyo que le presta su pareja, ella expresa:

*“Siempre me ha apoyado en todo, siempre fue participe de todo, cuando estaba en los embarazos y todo, así que nada, ni una queja de él y más encima estábamos bien unidos, en ese tiempo él estaba sin trabajo y todo, estaba cesante, igual nos comunicábamos...”* [Cuando ella se encontraba en Puerto Montt]

Una visión similar es la de la Sra. Nidia:

*“Bueno, él de todas manera puso de todo de su parte para que yo me cuidara y también se lo debo mucho... porque... por la situación que había vivido anteriormente [el aborto en que casi pierde la vida], que yo vaya a sentir que la muerte se iba a acercar entonces, o sea, había sido un riesgo, entonces era como volverse a repetir lo mismo, quizás en un plazo me iba a dar un poco más de tiempo nomás el cáncer, pero que quizás iba a volver a estar en la misma situación que... que había estado”*

Al revisar las entrevistas, es muy claro que para estas mujeres el apoyo de su pareja y familia ha sido indispensable para enfrentar la enfermedad, siendo las personas más importantes: su pareja y sus hijos/as.

La Sra. Emilia al contrario manifiesta la siguiente:

*“Lo primero que hice [al conocer su diagnóstico] fue irme en contra de mi marido y dejé el negocio para ir a la casa, y allá deje la crema... porque era la única como excusa que tenía porque no había otra manera... siempre que estuviera, en no sé, todo, choca con... como luché yo... y si tiene una pareja y es única, no tiene donde más pensar... porque tenía amoríos con otras personas... porque es muy picado a la araña... además que hemos vivido separado por lo mismo... fui a descargar toda la rabia que había guardado”*

Ella demostró su rabia y su furia en contra de su marido, al saber que tenía esta enfermedad, porque piensa que él es el culpable de que ella padezca esto y no hay ninguna otra posibilidad de que la enfermedad se hubiera producido de otra forma que no sea por la infidelidad de su marido. Hay que recordar que la entrevistada tiene una educación técnico profesional, y por ello debe conocer la principal causa de contraer esta patología, la cual es a través del contagio sexual del virus del papiloma humano, de ahí su reacción contra él.

Para ella el apoyo que él le da es el castigo que tiene por haberle provocado esto, como expresa:

*“Me cuidaba todo, siempre hay que ser así, todas esas cosas [hacer fuego, lavar la ropa, realizar el aseo del hogar] ya no las hice harto tiempo... es que se quedó callado porque, no sé, tendría alguna culpa...”*

La Sra. Francisca, después de un periodo de tiempo en el cual tuvo todo el apoyo de su marido, comienza a dudar de él por el comentario de una amiga, como expresa:

*“Mi esposo reaccionó preocupado por la noticia, el tenía dudas de cómo pude haber tenido esto [preocupación de cómo se pudo contagiar la enfermedad]... Tuve el apoyo de mi hermana, de mi madre y de toda mi familia... Después de un tiempo pensé que mi marido pudiera haber estado con otra persona, porque una amiga me dijo que podía ser culpa de él, de mi marido, pero nunca se lo dije, ya que él salía como 4 meses a trabajar y yo me quedaba sola con mis hijos... nunca se lo dije para evitar peleas”*

La influencia de las personas cercanas, pueden provocar alteraciones en el buen afrontamiento de este tipo de enfermedades, a lo cual el personal de salud no puede intervenir de manera eficaz para abordar este tipo de inconveniente en el tratamiento, solo se puede evitar este tipo de confusiones realizando una educación sobre las causas de la enfermedad a la persona que padece de cáncer.

La Sra. Lidia, por otra parte, plantea:

*“Yo conversé con mi marido acerca de mi situación y me negué a culparlo a él o a nadie. Tuve mucho apoyo de él y de mis hijos, ellos me acompañaron durante mi tratamiento en Puerto Montt”*

Como se puede observar, la pareja constituye un pilar fundamental en el afrontamiento eficaz de la enfermedad, por lo cual el personal de salud que atiende a la mujer con cáncer cervical debiera tener siempre presente a ésta, debido a que, actualmente cuando se diagnóstica y se entrega el resultado del examen de Papanicolaou, solo se interactúa con la paciente (ya que se le cita a ella solamente) y no tiene un apoyo familiar o de pareja en ese momento, lo que me lleva a plantear, con la información recogida, que existe la necesidad de integrar eficazmente a la pareja en todo el proceso evolutivo de la patología.

## 5. CONCLUSIONES

La poca o nula información entregada por parte de los padres/madres a sus hijas es un factor relevante en la desinformación de éstas sobre el control ginecológico, ya que todas ellas manifestaron que ellos/as no le entregaron nunca una educación en relación al cáncer cérvico uterino y que sólo lo habían escuchado a través de amigas, lo que demuestra la dificultad que este tema provoca en los/as padres/madres. Dificultad que no pueden sobrellevar, y que conlleva a la nula transmisión oral de este problema y provoca que las mujeres no le den la importancia necesaria.

Sin embargo, las mujeres de este estudio no realizaron una consulta tardía en su control ginecológico correspondiente, ya que según los registros encontrados en sus fichas clínicas y el relato de ellas mismas se pudo comprobar que su consulta estuvo acorde a las normas sobre toma del examen de Papanicolaou y que los exámenes fueron realizados cuando correspondían.

Los factores que influyeron en la adherencia al control ginecológico en las mujeres entrevistadas fueron la información entregada como educaciones en el mismo Hospital de Chaitén, a través del control prenatal y consultas espontáneas. Otro factor importante, que influyó en algunas de estas mujeres a realizarse el control ginecológico, fue la transmisión oral de la importancia de realizarse este control por parte de otras mujeres, amigas o conocidas de ellas, que se habían realizado el control y que mediaron para que ellas se lo realizaran.

Sin embargo, las entrevistadas de este estudio otorgaban en una primera instancia una baja importancia al control ginecológico por falta de información, ya que no comprendían muy bien lo que significaba pesquisar a tiempo un posible cáncer del cuello del útero, pero a través de su experiencia lograron comprender lo significativo que fue este control para poder realizar un tratamiento oportuno de este tipo de enfermedad.

Los factores geográficos no son un obstáculo para una adecuada adherencia al control ginecológico, ya que la organización y la prestación de servicios por parte del Hospital Chaitén y del Departamento de Salud y la coordinación entre estos es adecuada a los requerimientos de las usuarias que se encuentran en zonas aisladas de la provincia, ya que se realizan rondas de salud a estos lugares una vez al mes y solo son suspendidos cuando las condiciones climáticas son desfavorables.

Los factores culturales si son un impedimento para la adherencia al control ginecológico, ya que existen muchos mitos que se encuentran en la cultura popular y que son difíciles de desarraigar, lo que mantiene alejadas a las mujeres de realizarse un control adecuado para prevenir esta enfermedad, que es la cuarta causa de muerte de mujeres en nuestro país por cáncer.

La entrega de información del control ginecológico y del ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, en el establecimiento de educación media de Chaitén es deficiente, ya que todas las mujeres entrevistadas manifestaron que no se les había entregado ningún tipo de educación sobre este tema en ese lugar y que sólo se habían informado del tema a través de conversaciones con personas conocidas y con charlas en el Hospital o por educaciones cuando estaban embarazadas.

La entrega del resultado del examen de Papanicolaou, por parte del personal profesional del Hospital de Chaitén, es adecuado, según las mujeres entrevistadas e este estudio, ya que ellas manifiestan que tuvieron la delicadeza y el profesionalismo para entregar esa información y que se les aconsejó de una manera adecuada sobre los pasos a seguir para tratar la enfermedad. Una sola de las mujeres entrevistadas manifestó que no se le informó directamente que tenía cáncer del cuello del útero y que sólo le informaron de esto en Puerto Montt, lo que para ella, sin embargo, fue lo más adecuado.

La atención prestada por el personal de salud del Hospital de Chaitén, es apropiada a los requerimientos de las usuarias entrevistadas, ya que todas ellas manifestaron que se les atendió de manera respetuosa, en los tiempos adecuados, se le entregó la información que necesitaban y todas ellas manifestaron agradecimiento a la atención que se les entregó.

La percepción de riesgo de las entrevistadas es muy baja, ya que todas ellas no poseían los conocimientos acerca de la enfermedad, su etiología, ni su forma de contagio, lo que indica que la recepción de la información no es la adecuada, a pesar de las campañas realizadas en la entrega de información. Sin embargo, a pesar de esto, las entrevistadas si se realizaban los controles ginecológicos que correspondían y gracias a estos se le detectaron a tiempo las neoplasias de cuello uterino.

Las creencias y mitos sobre las causas del cáncer cérvico uterino están todavía muy arraigadas en las mujeres entrevistadas, ya que a pesar de que a ellas por padecer esta enfermedad reciben información constante durante el tratamiento de su enfermedad, todavía creen que esta fue originada por causas diferentes a la etiología de esta patología. Esto, por una parte, podría deberse a la permanencia de las creencias aprendidas tempranamente y, por otra parte –y más relacionado con esta investigación- al enfoque del personal de salud que

prioriza el tratamiento de la enfermedad ante la desmitificación de creencias acerca de la enfermedad.

La pareja y la familia son pilares fundamentales durante el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. Todas las mujeres de este estudio manifestaron que el apoyo de ellos fue fundamental para ellas, para enfrentar la enfermedad y su posterior tratamiento, el cual es prolongado y conlleva requerimientos que no se hubieran podido satisfacer sin la ayuda y el apoyo que ellos le entregaron.

En el ámbito de la matronería, este estudio permitirá enfocar nuestros esfuerzos hacia el logro del mejoramiento de la calidad de salud de las mujeres, al orientarnos no solo al tratamiento de las patologías, sino también el dirigirnos hacia los aspectos biosociales de las mujeres que padecen esta enfermedad, para que ellas tengan las herramientas necesarias para afrontar de la mejor manera el transcurso de esta enfermedad. Para esto debemos incorporar a las parejas y a la familia de ellas en la entrega de los resultados alterados de Papanicolaou y en la posterior entrega de información en relación a la evolución de la enfermedad.

En otro ámbito, este estudio contribuirá a perfeccionar el diseño de estrategias de promoción y prevención del cáncer cérvico uterino, mejorando el acceso a la información que tienen las mujeres, ya que como se reveló, ellas no poseen la información necesaria para llegar a tener una percepción de riesgo alta en relación a esta patología, y así ellas tengan mayores probabilidades de mejorar su salud y ejercer un mayor control de los factores de riesgo que puedan afectarla.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE, A. 1995. "Etnografía: Metodología cualitativa de la investigación sociocultural". España, Marcombo. 356 p.

ALMANZA M. 2001. "Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer". Neurol. Neurocit. Psiquiat. Numero especial 1994-2001: p. 35 – 43. (Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/Neurosiqui/Npv34n1/Np01e-09.pdf>. Consultado el: 3 de mayo de 2007).

BARRÓN, L. EDUARDO D. 2005. "Epidemiología" Virus del Papiloma Humano y el Cáncer. Número 15 Volumen 22 Semana 15 Del 10 al 16 de abril.

BECKY M. 2005. Psicooncología: abordaje emocional en oncología" P & B • vol. 9 • revista n° 2 (25) • págs. 64 - 67. (Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415>. Consultado el: 3 de Mayo de 2007).

CABRERA, GUSTAVO. 2001. "Creencia en salud: historia, constructos y aportes del modelo" Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 19(1): 91- 101.

CARRASCO, J. C., CALDEDERO J. F., HERNÁNDEZ 2000, "Aprendo a investigar en educación", ediciones Rialp 2000. Pág.84 – 85

CASTRO-VÁZQUEZ MC, SALAZAR - ANTÚNEZ G. 2001 "Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora" Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora. 232 p. Serie Cuarto Creciente. Cuadernos No. 7. (Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342004000600016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342004000600016&script=sci_arttext). Consultado el: 9 de Noviembre de 2006).

DONOSO S. ENRÍQUEZ, CUELLO F. MAURICIO, VILLARROEL DEL P. LUIS. 2006. "Reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en Chile, 1990-2003" Rev. Chil. Obstet. Ginecol. v.71 n.5 (Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000500003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000500003&script=sci_abstract&tlng=es). Consultado el: 4 de Abril de 2007).

FICHA COMUNAL, s.f.

(Disponible en: <http://www.sinim.gov.cl/ReportNac2003.asp?comuna=10401>. Consultado el: 12 de Noviembre de 2005)

FLICK, UWE 2004. “Introducción a la investigación cualitativa” 1° ed. Ediciones Morata, S. L. Pág. 110 – 114.

GROSSA, V. E. 2004, “Proyectos De Inversión En Ingeniería: Su Metodología”. Pág. 43- 44 Editorial Limusa.

GUERRA, D. 2004. Metodología Cualitativa. Apuntes de clases.

HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, P. 2003. “Metodología de la Investigación”. 3ª ed. Mc Graw – Hill. México. 689 p.

ISLA, VALERIA. 2002. Cáncer cérvico uterino “El cáncer que no debe matar” Agenda Salud N° 25 Enero – Marzo. Isis Internacional, Santiago Chile.

MARRINER, ANN. 1999. “Modelos y Teorías en Enfermería” Ed. Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pag. 177 – 181.

MINISTERIO DE SALUD, 2004. Documento para la aplicación del Sistema AUGE en las redes de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud.  
(Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/doc\\_reforma/pilotoauge19-4-04.pdf](http://www.minsal.cl/ici/doc_reforma/pilotoauge19-4-04.pdf). Consultado el: 23 de Octubre de 2005)

MINISTERIO DE SALUD, 2004. “Diagnostico y Tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino”, Comisión nacional del Cáncer. Documento de trabajo Abril, Protocolo AUGE.

MINISTERIO DE SALUD, 2005 “Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2”. 1st Ed. Santiago: Minsal.

MONTES L. LUZ MARÍA, MULLINS P. MARÍA JOSÉ, URRUTIA S. MARÍA TERESA 2006 “Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino” Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 71(2): 129-134. (Disponible en:

[http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:GUgbqhwYnJUU:scielo-test.conicyt.cl/scielo.php%3Fscript%3Dsci\\_pdf%26pid%3DS0717-75262006000200010%26lng%3Des%26nrm%3Diso%26tng%3Des+calidad+de+vida+c%3%A1ncer+autor:montes](http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:GUgbqhwYnJUU:scielo-test.conicyt.cl/scielo.php%3Fscript%3Dsci_pdf%26pid%3DS0717-75262006000200010%26lng%3Des%26nrm%3Diso%26tng%3Des+calidad+de+vida+c%3%A1ncer+autor:montes). Consultado el: 23 de marzo de 2007).

PERCEPCIÓN DEL RIESGO, ¿2003?. Percepción del Riesgo (Disponible en: [http://www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/pdf/tema\\_04.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/pdf/tema_04.pdf). Consultado el: 22 de mayo de 2007)

PUENTES ROSAS E, GÓMEZ DANTÉS O, GARRIDO LATORRE F. 2006. “Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México”. Rev. Panam. Salud Pública.; 19(6):394-402. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=433459&indexSearch=ID>. Consultado el: 19 de Marzo de 2007).

SERMAN, FELIPE. 2002 “Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural Y Rol Del Virus Papiloma Humano: Perspectivas En Prevención Y Tratamiento”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, vol.67, no.4, p.318-323. (Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n4/art11.pdf>. Consultado el: 22 de mayo de 2007).

SERRANO, RICARDO ORTIZ, 2004. “Factores de Riesgo para cáncer de cuello uterino” Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 55 N° 2. 146 – 160). (Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>. Consultado el: 24 de Noviembre de 2006).

SUÁREZ E, PRIETO M, ROJAS I Y COLS: 2001 “Programa nacional de cáncer cervicouterino”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 66(6): 480-91.

TAYLOR, S. Y BOGDAN R. 1987. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”. 2<sup>a</sup> ed. Paidós España. Pág. 102- 103 y 343.

RAMÍREZ-SÁNCHEZ, TERESITA DE J., 1998 “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios”. Salud Pública México; 40:3-12. (Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>. Consultado el: 12 de Febrero de 2007)

ZAPATA, OSCAR A., “La aventura del pensamiento crítico: herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas”, Editorial Pax, México 2005, Pág. 234.

## 7. ANEXOS

### **ANEXO 1: INSTRUMENTO GUÍA PARA ENTREVISTAS NARRATIVAS A MUJERES CON DIAGNÓSTICOS DE NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES DE LA CIUDAD DE CHAITÉN.**

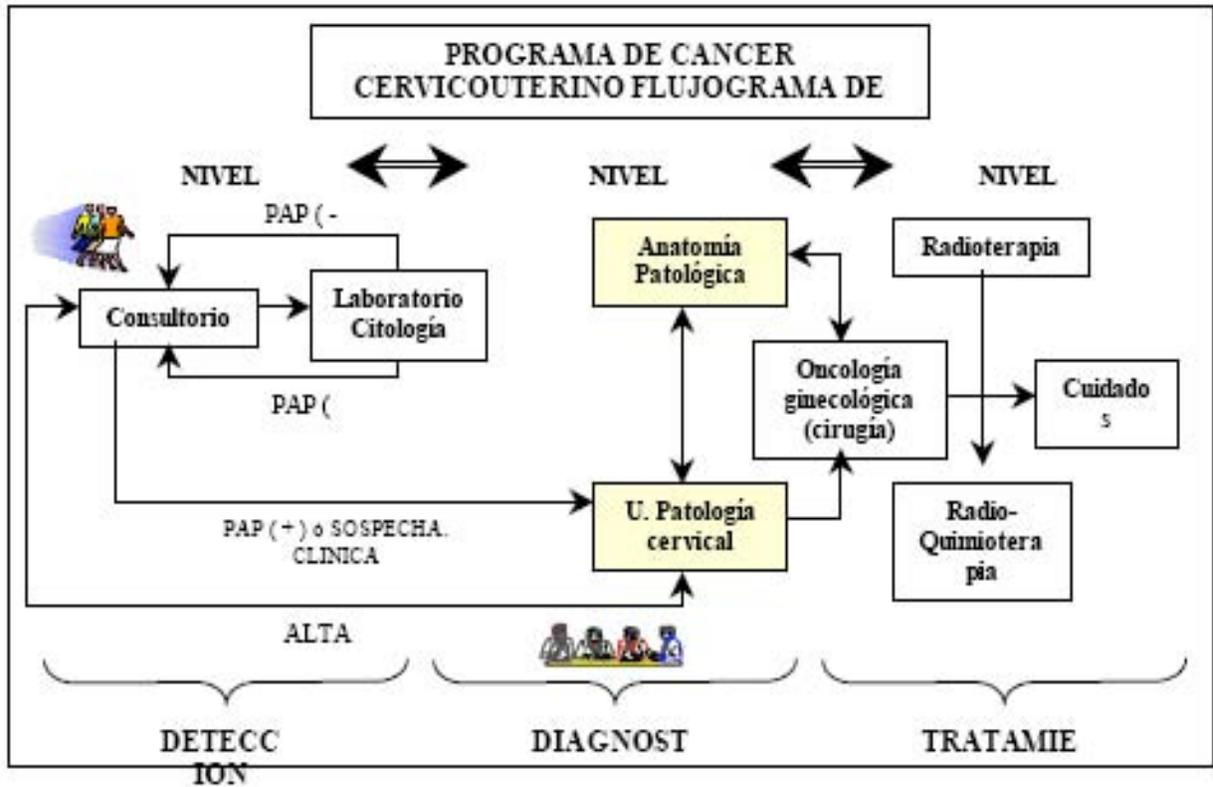
1. Quiero pedirle que me cuente como se produjeron los hechos desde que a usted le entregaron el resultado del examen del PAP hasta cuando tuvo su tratamiento. Puede hacerlo diciendo como se sucedieron los hechos uno detrás del otro. Si quiere puede aportar todos los detalles que quiera y tomarse todo el tiempo que desee.
2. ¿Qué sintió cuando le entregaron el diagnóstico?
3. ¿Por qué cree usted que se le produjo esta enfermedad?
4. ¿Cómo fue la atención que recibió en los centros de salud a los cuales acudió?
5. ¿Cómo obtuvo información acerca del control ginecológico y cual es la importancia que le otorga a este en su vida?

**ANEXO 2: DEFINICIÓN PAP POSITIVO Y SOSPECHA CLÍNICA.**

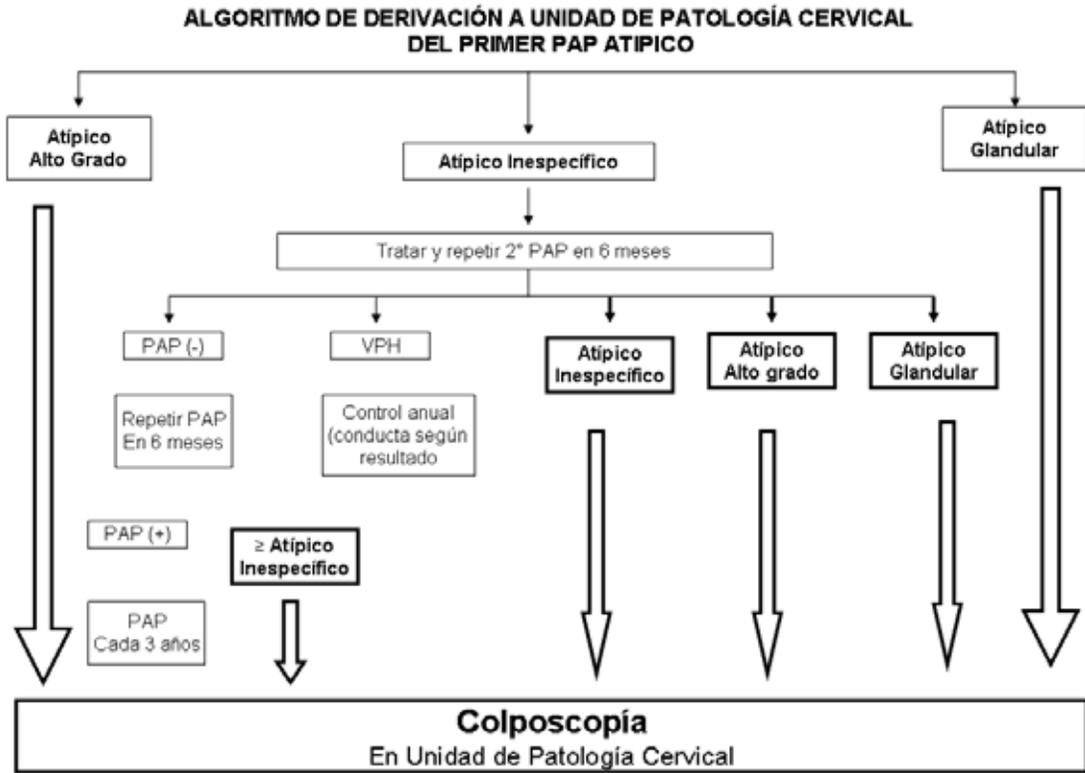
<b>Tabla N°1: Definición de PAP Positivo y Sospecha Clínica: (Wright T Jr et al. 2003)</b>
<p><b>Definición de PAP Positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>PAP sugerente de Cáncer Invasor</i></li><li>• <i>PAP sugerente de neoplasia intraepitelial I, II, III o Cáncer In Situ</i></li><li>• <i>Primer PAP Atípico</i><ul style="list-style-type: none"><li>a) <i>sugerente de lesión de Alto Grado y</i></li><li>b) <i>PAP Atípico Glandular</i></li></ul></li><li>• <i>Segundo PAP informado igual o mayor a PAP Atípico Inespecífico</i></li></ul>
<p><b>Definición de Sospecha Clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Visualización a la especuloscopia de una lesión exocervical proliferativa, sangrante y/o friable.</i></li></ul>

ANEXO 3: ALGORITMO RED DE ATENCION CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

ALGORITMO DE RED DE ATENCION



**ANEXO 4: ALGORITMO DERIVACIÓN A U.P.C.**



## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Buenos días/Buenas tardes.**

Claudio González, tesista de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral Chile, estoy llevando a cabo entrevistas a las mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino y cáncer de mama, usuarias del servicio de salud correspondiente a Chaitén. El propósito de este estudio es recoger información que ayude a crear nuevas estrategias de apoyo a la salud sexual y reproductiva.

Me gustaría conseguir el permiso de usted para hablar hoy día acerca de sus ideas y experiencias relacionadas con el cáncer. Dejo a Ud. la decisión de contestar las preguntas que quieran. No se les cobrará por su participación ni se les dará dinero, sin importar si aceptan o no participar en la entrevista. Pueden poner fin a nuestra discusión en cualquier momento. Todo lo que digan será **privado y confidencial**. También quiero asegurarles que su participación no afectará los servicios que Ud. Recibe de parte de los funcionarios de salud que la atiendan.

Si decide participar en esta entrevista, por favor firmen esta página. **Su nombre no será usado en ningún informe.** Si no desean participar, gracias por su tiempo.

\_\_\_\_\_ Sí acepto la entrevista.

\_\_\_\_\_ No acepto la entrevista.

\_\_\_\_\_ Claudio Andrés González Inostroza.