

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



**FACTORES QUE CONDICIONAN MENOR ADHERENCIA AL CONTROL
GINECOLÓGICO ANUAL EN MUJERES ENTRE 25 Y 55 AÑOS,
CONSULTORIO URBANO RÍO BUENO, AGOSTO A DICIEMBRE 2007**

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

**SANDRA MARLENE CRUCES BELMAR
LORENA DEL CARMEN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**

**VALDIVIA-CHILE
2008**

COMISIÓN CALIFICADORA

FORMA

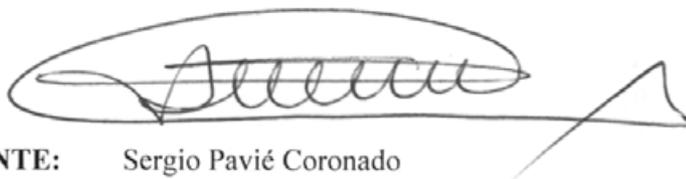
PROFESORA PATROCINANTE:


Johanna Poblete Erices

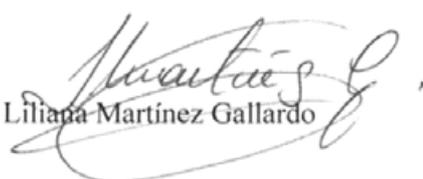
FORMA

TRONCAL

PROFESOR COPATROCINANTE:


Sergio Pavié Coronado

PROFESORA INFORMANTE:


Liliana Martínez Gallardo

FECHA DE APROBACIÓN:

01 de octubre del 2008

INDICE

MATERIA	PÁGINA
RESUMEN	
SUMMARY	
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
3. MATERIAL Y MÉTODOS	10
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSIÓN	21
6. CONCLUSIONES	25
7. BIBLIOGRAFÍA	28
8. ANEXOS	32

RESUMEN

El control ginecológico anual es una de las actividades que contempla el Programa de Salud de la Mujer, del Ministerio de Salud de Chile, definido como la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital.

Objetivo: Conocer los factores que condicionan la menor adherencia al control ginecológico anual en mujeres entre 25 y 55 años, inscritas en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno, durante el periodo agosto-diciembre del año 2007.

Metodología: Investigación de tipo descriptiva de corte transversal con enfoque cuantitativo, en la comuna de Río Bueno. Entrevista semiestructurada a 89 mujeres entre 25 y 55 años, residentes en población urbana, inasistentes a su control ginecológico anual, inscritas en el consultorio de ésta comuna.

Resultados: Los factores que condicionan la menor adherencia al control ginecológico anual, son principalmente la falta de motivación personal, y otras causas como: déficit de conocimientos e información, razones laborales, actividades domésticas, cuidadoras y falta de privacidad en la atención, además la no realización de actividades que las motiven a informarse y a conocer la importancia de un control ginecológico anual por parte de las/los profesionales matronas/matrones de su centro de salud.

Conclusiones: Surge la necesidad de crear un nuevo enfoque en promoción y prevención en salud, teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de la población estudiada y el rol que compete a profesionales matronas y matrones al respecto.

Palabras claves: Control ginecológico anual, adherencia, ciclo vital.

SUMMARY

The gynaecological annual control is one of the activities that contemplate the Program of Health of the Woman, of the Department of Health of Chile, defined as the attention of gynaecological integral health, provided to the feminine population along his vital cycle. **I target:** To know the factors that determine the minor adherence to the gynaecological annual control in women between 25 and 55 years, registered in the urban doctor's office of the commune of Río Bueno, during the period on August - December, 2007. **Methodology:** descriptive research of type of transverse court with quantitative approach, in the commune of Río Bueno. Interview semiconstructed to 89 women among 25 and 55 years, residents in urban population, unassistants to his gynaecological annual control, registered in the doctor's office of this one commune. **Results:** The factors that determine the minor adherence to the gynaecological annual control, are principally the lack of personal motivation, and other reasons as: deficit of knowledge and information, labour reasons, domestic activities, cuidadoras and lack of privacy in the attention, in addition not accomplishment of activities that motivate them to be informing and to knowing the importance of a gynaecological annual control on the part of the professionals midwives of his center of health. **Conclusions:** There arises the need to create a new approach in promotion and prevention in health, bearing the profile in mind demographysocial of the studied population and the role that compete to professional matrons and midwives in the matter.

Key words: gynaecological annual Control, adherence, vital cycle.

1. INTRODUCCIÓN

El Control ginecológico anual es una de las actividades que contempla el Programa de Salud de la Mujer, del Ministerio de Salud de Chile, definido como la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital.

Los objetivos del control ginecológico anual que garantizan la calidad de la atención se enuncian a continuación: fomentar y proteger la salud integral de la mujer; detectar precozmente trastornos de nutrición; prevenir y pesquisar exposiciones a riesgos laborales y ambientales; alteración de la esfera emocional, sexual, afecciones ginecológicas, promover detección de infecciones de transmisión sexual y SIDA; prevenir y pesquisar factores de riesgo para patologías cardiovasculares, obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cánceres (de mama, cervicouterino, vesicular, entre otros), enfermedades crónicas en diferentes etapas del ciclo vital de la mujer; pesquisar morbilidad que pueda afectar a la mujer en período climatérico y senescencia; explorar aspectos de violencia intrafamiliar, y seguimiento de la población femenina beneficiaria. (MINSAL, 1997).

Dado que los objetivos de la actividad y sus respectivas acciones expresan la importancia de la realización del control ginecológico anual es fundamental determinar: la población femenina que se encuentra con menor adherencia al control ginecológico anual y los factores que condicionan esta conducta. Caracterizar esta población será útil además para focalizar las actividades de promoción y prevención a este grupo acorde a sus características y necesidades. Además optimizar la gestión de proyectos e intervenciones a nivel de políticas de salud, que permitan un nuevo enfoque en la promoción del control ginecológico anual, hacia aquella población menos adherida.

Dentro de las afecciones ginecológicas, las más frecuentes a las que se ven expuestas las mujeres en edad reproductiva en nuestro país, derivan del cáncer cervicouterino y de mama. En Chile, de las 19.146 defunciones por cáncer, el 48,7% se produce en mujeres. El cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública. El año 2002 en Chile 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 129/100.000 mujeres; produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad reproductiva. La mortalidad en mujeres menores de 25 años es prácticamente inexistente, produciéndose un ascenso progresivo a partir de los 35 años. Su incidencia se estima sobre la base de notificaciones de los casos producidos sólo en el sistema público de salud, que en el año 2003 fue de 1.100, alcanzando una tasa de 18,7 por 100,000 mujeres mayores de 25 años. (MINSAL, 2005)

La principal estrategia para abordar esta problemática de salud, a nivel local y nacional, consiste en la realización del examen citológico denominado Papanicolau, cada tres años,

dirigido a mujeres entre 25 y 64 años, otorgando oportunidad, confiabilidad del examen y tratamiento de los casos detectados, acciones que forman parte del control ginecológico anual.

El cáncer de mama es otra importante causa de muerte en Chile. En el año 2002, ocupó el tercer lugar entre las causas de muertes por cáncer en la mujer, con una tasa de mortalidad en ascenso para la década de 11,7/100.000 (1992) con 802 casos a 13,3 (1.049 casos en 2002). En el año 1995, el número de defunciones por cáncer de mama alcanzaba a 932 mujeres, constituyendo la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. El Ministerio de Salud realiza un diagnóstico de la atención de patología mamaria en los 29 servicios de salud existentes en esa fecha. A partir de lo cual surge la necesidad de implementar una estrategia preventiva y curativa, dando origen al "**Programa Nacional de Cáncer de Mama**", en el año 1995, el cual tiene entre sus principales objetivos: "Disminuir la mortalidad por cáncer de mama a través del aumento de la pesquisa de cánceres en etapas I y II, realizando tratamientos adecuados y oportunos", siendo sus principales estrategias la organización a nivel nacional y local. (MINSAL, 2005)

El rol que la/el matrona/matrón debe ejecutar en el marco del control ginecológico anual es la realización de actividades de promoción para dar a conocer a la población en que consiste la actividad, sus ventajas y beneficios, con un enfoque de tipo preventivo y de pesquisa precoz de factores y conductas de riesgo. A partir de esta propuesta surge la problemática de esta investigación ¿Cuáles son los factores que condicionan la menor adherencia al control ginecológico anual en mujeres entre 25 y 55 años inscritas en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno durante el periodo agosto-diciembre del año 2007?

Para dar respuesta a la pregunta problema planteada, se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo general: Conocer los factores que condicionan la menor adherencia al control ginecológico anual en mujeres entre 25 y 55 años inscritas en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno durante el periodo agosto-diciembre del año 2007.

Objetivos específicos:

1. Determinar el número de mujeres con menor adherencia al control ginecológico anual.
2. Establecer perfil sociodemográfico de la población femenina con menor adherencia al control ginecológico anual.
3. Identificar los factores socioculturales que condicionan la menor adherencia de mujeres entre 25 y 55 años al control ginecológico anual.

4. Describir mitos populares existentes entre las mujeres con menor adherencia en relación al control ginecológico anual.

5. Identificar las actividades de promoción del control ginecológico anual, que realiza el Centro de Salud.

2. MARCO TEÓRICO

En la literatura podemos encontrar variados conceptos que se asocian al término adherencia, entre ellos: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia, entre otros. DiMatteo y DiNicola, (2004) definen el concepto de adherencia como “una implicación activa y voluntaria de la usuaria, un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”. Según la Organización Mundial de la Salud, adherencia es “grado en el que el comportamiento de un individuo se adecua a las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud” (LIBERTAD MARTIN ALONSO, 2006).

Varios de los estudios relacionados con adherencia en salud, se asocian a enfermedades crónicas como: diabetes, obesidad adulta e infantil, hipertensión arterial, cardiovasculares, etc. Sin embargo no se han reportado estudios relacionados con adherencia a control ginecológico anual, programa de salud de la mujer, y otras afecciones ginecológicas, siendo este uno de los principales motivos que incentivan esta investigación. A continuación se presentan estudios relacionados a la problemática planteada.

2.1 EN EL CONTEXTO DEL CONTROL GINECOLÓGICO ANUAL

La atención primaria en salud, es una propuesta de atención integral adecuada a las nuevas demandas de salud de la comunidad, por esto se hace necesaria la interacción de las distintas disciplinas en el bienestar de las personas y promover el cuidado de la salud, mejorar la calidad de vida, prevenir factores de riesgo y favorecer el cambio de rol a sujeto participante en el cuidado y prevención de la salud de cada individuo. Son beneficiarios de este nivel de atención las personas del sistema público de salud, de todas las edades, sin distinción de sexo y etnia, beneficiando casi al 50% de la población chilena. (MINSAL, 2005)

En el marco de esta propuesta de atención integral, se considera el control ginecológico anual, como parte de las actividades contempladas dentro del Programa de Salud de la Mujer y cuyo propósito es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud. A partir de este gran propósito se define el control ginecológico anual como la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital. (MINSAL, 1997)
En Chile no existe gran variedad de estudios sobre el control ginecológico anual, ni sobre la tendencia en cuanto a la adherencia en la población femenina. A nivel provincial tampoco se

reconocen estudios sobre este indicador. En la literatura sólo se encuentra información desagregada de los distintos objetivos del control ginecológico anual.

El control ginecológico anual es una acción de pesquisa y prevención de patologías o problemas que emergen según las etapas del ciclo vital, como cáncer de mama, salud mental, cáncer cervicouterino, entre otros, respecto a este último se destaca el siguiente estudio.

Un estudio epidemiológico de corte transversal realizado en un municipio de Sao Paulo durante los meses de abril a junio del año 2000, cuyo fundamento radica en que durante el periodo 1993-1999 la tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer de cuello uterino permanecía casi inalterada, con una media de 6.1 muertes por 100.000 mujeres, ocupando el tercer lugar dentro de las neoplasias que afectaban a la población femenina. Este estudio muestra la cobertura y motivos para la realización del test Papanicolau, la prevalencia de la realización del Papanicolau alguna vez en la vida y durante los últimos tres años en mujeres entre 15 y 49 años, además la recepción del último resultado. La muestra fue de 1172 mujeres seleccionadas aleatoriamente en sus domicilios, de las cuales, el 86.1% se habían realizado el Papanicolau alguna vez en sus vidas, el 77.3% durante los últimos tres años, y el 87% recibió el resultado de su examen. Los principales motivos para la realización del examen fueron: consulta espontánea 55.5%, indicación médica 25%, presencia de alteraciones ginecológicas 18.2%. Entre las principales razones para no realizarse el examen se encuentran: ausencia de alteraciones ginecológicas, vergüenza, miedo y dificultades en el acceso al centro de salud. El estudio muestra además que las mujeres con nivel socioeconómico más bajo, tienen menor adherencia a la realización del test Papanicolau, siendo las mujeres con mayor riesgo de desarrollar un cáncer cervicouterino. (DE ARAUJO PINHO, 2003)

En otro estudio de tipo transversal, de base poblacional con muestra sistemática por conglomerados en el Municipio de Río Grande, Brasil, se aplicó un cuestionario individual, padronizado mediante visita domiciliaria con el objetivo de conocer la prevalencia de no realización del examen citopatológico de cuello uterino entre mujeres de 15 a 49 años en algún momento de sus vidas, e identificar posibles factores asociados a su no realización. Dentro de las 1.302 mujeres incluidas en este estudio, el 57% nunca se realizó el examen para detectar precozmente el cáncer de cuello uterino. Un análisis muestra que presentaron razones de prevalencias significativamente mayores a la no realización del examen citopatológico para detección de cáncer de cuello uterino en relación a las demás mujeres las siguientes variables: mujeres de menor edad, baja renta familiar y baja escolaridad, que no estaban viviendo con compañero en el momento de la entrevista y que tuvieron el primer parto a los 25 años o más. Por lo tanto mujeres con estas características son más susceptibles de padecer un cáncer cervicouterino. (JURACI, 2003)

Un estudio de tipo transversal realizado entre 1996 y 1997, en el estado de Morelos, México, que incluyó 3197 mujeres entre 15 y 49 años de edad, cuyo objetivo fue determinar los principales factores relacionados con la participación en un programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino, dio como resultados que: i) el conocimiento de la utilidad de la prueba

de Papanicolaou está estrechamente relacionado con la utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervical (IC 95% 23.6-37), ii) la historia previa de síntomas ginecológicos, abdominales y/o urinarios incrementa la prevalencia de utilización del programa (IC 95% 1.2-2.4), iii) mujeres con antecedentes en la utilización de uno (IC 95% 1.1-1.8), dos o más métodos de planificación familiar (IC 95% 1.6-2.8), es un factor que predispone positivamente a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer cervical, iv) mujeres con el antecedente de al menos una prueba de Papanicolaou previa, aumenta la prevalencia de utilización del tamizaje en la medida que se incrementa el índice de riesgo reproductivo para cáncer cervico uterino (IC 95% 4.6-9.5), v) el antecedente de trece o más años de escolaridad del jefe de familia incrementa la prevalencia de utilización de la prueba de Papanicolaou (IC 95% 1.7-3.6). (LAZCANO, 1999)

2.2 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL CONTEXTO DEL CONTROL GINECOLÓGICO ANUAL

Otro de los objetivos del control ginecológico anual es la pesquisa de indicadores de violencia intrafamiliar, al respecto, durante la Asamblea Mundial de la Salud en 1996, en el marco de las Asambleas Mundiales, los Estados Miembros acordaron que la violencia es una prioridad de la salud pública, por lo tanto un tema para quienes trabajan en dicho sector, fundamentalmente por tres grandes razones: produce padecimiento y consecuencias negativas para la salud de más del 20% de la población femenina en la mayoría de los países, posee un impacto negativo sobre temas importantes en salud como maternidad sin riesgo, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA. Para muchas de las mujeres que han sufrido algún tipo de maltrato, las y los profesionales de la salud, son su principal o único punto de contacto con los servicios públicos que ofrecen ayuda e información. (OMS/OPS, 1998)

2.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL CONTEXTO DEL CONTROL GINECOLÓGICO ANUAL

Generalmente se ha relacionado a las enfermedades cardiovasculares (ECV) con el género masculino, sin embargo, estas enfermedades son la principal causa de mortalidad en las mujeres.

En Chile 1 de cada 4 mujeres fallece de enfermedad cardiovascular, lo que implica más de diez mil muertes anuales. Se ha observado que el riesgo de morir de ECV aumenta con el tabaquismo, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Los bajos niveles de HDL colesterol parecen ser en las mujeres un fuerte predictor de riesgo, sobre todo cuando se asocia a triglicéridos elevados.

La diabetes mellitus aumenta el riesgo dos a tres veces en hombres y tres a siete veces en mujeres. La obesidad presenta más del doble de prevalencia en las mujeres chilenas que en los hombres. Las enfermedades cardiovasculares no sólo provocan deterioro de calidad de vida y mortalidad, sino que tienen además un significativo efecto económico, debido a que aumentan los costes directos en salud y disminuye la capacidad laboral de las personas. La morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares depende de la prevalencia de los factores de riesgo, los cuales son modificables con los cambios de hábitos y/o los tratamientos médicos. (BLÚMEL, 2003)

En vista que los factores de riesgo son modificables, con cambios de estilos de vida inducibles con una adecuada educación, parece necesario y urgente implementar estrategias comunicacionales que permitan disminuir la prevalencia de estas enfermedades, una de las instancias de intervención de pesquisa de factores de riesgos, prevención y promoción de la salud, es el control ginecológico anual, actividad realizada por las y los profesionales matronas y matrones, como parte del equipo de salud de la atención primaria.

En una Unidad de Medicina Preventiva del Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile, en el año 2003, se realizó un estudio observacional, longitudinal y analítico de cinco años de duración con el objeto de conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en mujeres de edad media y los cambios producidos con la edad, y la menopausia.

De las 576 mujeres estudiadas en 1991-1992 se controló cinco años después a 467, constituyendo estas el grupo de estudio. Sus edades en 1991-1992 oscilaban entre 40 y 59, en cuanto a los hábitos, 17,6% de las encuestadas consumía alcohol, 12,4% eran fumadoras, el sedentarismo era muy prevalente (87,2%), la hipertensión arterial afectaba a 13,5% de esta cohorte, observándose que su prevalencia se incrementaba con la edad. El índice de masa corporal aumentaba progresivamente en las mujeres entre 40 y 55 años de edad, para bajar después de los 55. La obesidad y el sobrepeso comprometían a 54,2% de las integrantes de esta cohorte, 2,8% de las mujeres eran diabéticas y los niveles de colesterol se elevaban con la edad. En resumen el 3,6% de las mujeres no tenían ningún factor de riesgo cardiovascular, 20,2% uno, 50,7% dos, 22,9% tres, 2,1% cuatro y 0,5% cinco factores de riesgo. De las 467 mujeres estudiadas cinco años después, los resultados mostraron que no hubo cambios en el consumo de alcohol, se encontró un aumento del tabaquismo de un 12,4% a un 20,8%. El porcentaje de mujeres sedentarias bajó desde 87,2% a 58,8%, este aumento de actividad física ocurrió en todos los grupos etáreos; el porcentaje de hipertensas ascendió de 13,5% a 20,9%; el porcentaje de obesas se elevó desde 13,1% a 27,3%; el porcentaje de diabéticas ascendió desde 2,8% a 5,9%.

Con el objeto de evaluar la influencia de la menopausia en los factores de riesgo se estudió a 56 mujeres que se mantuvieron premenopáusicas durante el seguimiento y que no ingerían fármacos que modificaran los lípidos; se compararon con 72, que presentaron menopausia, la

menopausia no modificó significativamente ninguno de los factores de riesgo estudiados. (BLÚMEL, 2003).

La cobertura ideal del control ginecológico anual a nivel nacional, de acuerdo al Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de Chile es de un 80%, sin embargo la cobertura nacional vigente desde el año 2006 al 2008 es de un 66% en mujeres entre 25 y 64 años.(MINSAL,2008). A nivel regional la cobertura del control ginecológico anual el año 2007 fue de un 79%.(SSV, 2008). A nivel local la cobertura del control ginecológico anual el año 2007 fue de un 72%, y de un 76% para las mujeres entre 25 y 55 años, en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno. (CONSULTORIO RIO BUENO, 2007).

2.4 ADHERENCIA TERAPÈUTICA Y MODELOS EXPLICATIVOS

Más del 50% de las/los usuarias/usuarios que acuden a alguna consulta, presentan dificultades en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas y de salud. Elevar la adherencia terapéutica resulta un proceso complejo pero necesario si se desea incrementar el impacto positivo de las intervenciones.

La adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables, entre otros. El tema de la adherencia terapéutica y a los controles en salud, resulta de gran relevancia y trascendencia para la salud de las personas, y se debe a diversos factores, entre los cuales se pueden destacar:

1. Existen en la actualidad una serie de comportamientos, factores de riesgo y problemas de salud cuyo tratamiento efectivo requiere, necesariamente, que el paciente ponga en práctica las recomendaciones de salud o terapéuticas que se le han indicado.
2. Las dificultades al poner en práctica las prescripciones incrementan la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, y el coste sanitario al implicar un aumento innecesario del número de visitas, revisiones u hospitalización.
3. En algunos casos cuyo pronóstico depende del adecuado seguimiento de las prescripciones, los problemas en este sentido suponen un incremento de los riesgos y de la mortalidad y morbilidad.

La adherencia terapéutica no puede verse como el seguimiento ciego por parte del paciente, de las indicaciones que le han sido dadas; sino que como han expresado diversos autores, esta

requiere de “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado, buscar el acuerdo del paciente con el plan que se le propone y de ser posible, algún grado de participación en su elaboración, aumenta la posibilidad de su ejecución.

Al respecto de han utilizado diversos modelos para intentar explicar el fenómeno de la adherencia terapéutica, uno de los primeros centró su atención en factores situacionales o de personalidad con lo que dan prioridad a aquellos elementos relativamente estables y por tanto difíciles de modificar.

Los modelos cognitivos-conductuales, en la actualidad, acaparan el interés de los investigadores y teóricos como herramienta conceptual para explicar e investigar sobre los factores determinantes de la adherencia terapéutica; entre estos el Modelo de Creencias de Salud y el de la Teoría de la Acción Razonada son los de mayor empleo.

En los postulados centrales en que se apoya el primero (*Modelo de Creencias de Salud*), se plantea que los individuos presentarán una adecuada adherencia si: poseen los niveles necesarios de motivación e información relevantes para la salud, se perciben a sí mismos como vulnerables o en posibilidad de enfermar, perciben la enfermedad como algo potencialmente grave o amenazante, están convencidos de la eficacia de la intervención para evitar la amenaza o la enfermedad y si encuentran o perciben como sencillas las medidas para llevar a cabo las prescripciones.

De hecho este modelo se apoya en la percepción de amenaza y en las creencias en cuanto a las posibilidades o eficacia de las medidas sugeridas para el control o eliminación de esta.

En el modelo presentado por la *Teoría de la Acción Razonada*, se presta una atención priorizada a los determinantes de la conducta, en él se presenta a la intención como el determinante más inmediato. Las variables tenidas en cuenta se estudian de acuerdo con la secuencia siguiente: en primer lugar la identificación y medición de la conducta (adherencia). Luego al considerar que el determinante primero de la acción es la intención de realizarla, se trabaja en los factores que determinan la intención: actitud de la persona hacia esa acción, que depende de las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta (creencias conductuales) y de la valoración que el individuo hace de esos resultados, así como de la valoración que otras personas o grupos normativos tienen en relación con la postura que el sujeto debería adoptar sobre la conducta en cuestión (creencias normativas), y de la propia motivación del sujeto para cumplir con las expectativas de esas personas o grupos. (ZALDÍVAR, 2008)

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, con enfoque cuantitativo para determinar los factores que condicionan la menor adherencia al control ginecológico anual en mujeres entre 25 y 55 años en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno, la metodología utilizada permitió recopilar y analizar los datos obtenidos de una manera más rápida y fidedigna, ajustando nuestra investigación a los aspectos esenciales del estudio de una manera precisa y confiable. La investigación de tipo descriptiva permite estudiar situaciones que ocurren en condiciones naturales, más allá de basarse en situaciones de tipo experimental, permite la descripción de variables, sin necesariamente el planteamiento de hipótesis, dando lugar a una problemática a investigar. El estudio de corte transversal, nos permite ver la magnitud y distribución de una situación en un momento determinado, sin existir continuidad en el eje del tiempo. El enfoque cuantitativo consiste en conocer mediante una encuesta a una muestra representativa, los aspectos más relevantes de una problemática planteada. (CERVANTES, 2006).

3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

Mujeres residentes en población urbana, entre 25 y 55 años inscritas en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno, que durante el periodo agosto-diciembre del año 2007, se encontraron inasistentes al control ginecológico anual.

3.3 DISEÑO MUESTRAL

3.3.1 Universo: La población total inscrita en el consultorio de Río Bueno correspondía a 29.291 personas, de las cuales: 15.022 correspondían a población femenina, 8.462 a población femenina urbana y 3.463 a población femenina urbana entre 25 y 55 años de edad. De esta población, un 68% se encontraba asistente a su control ginecológico anual, por lo tanto, la población inasistente correspondía a 1.109 mujeres, lo cual equivalía al 32% restante. Estos datos se obtuvieron mediante la revisión del tarjetero de asistencia al control ginecológico anual y del centro de estadística del Centro de salud de la comuna.

3.3.2 Tamaño muestral: Un muestreo aleatorio simple es una muestra en que cada sujeto tiene la misma probabilidad de ser seleccionado en la muestra (VELEZ, 2001). La forma fue a través de una lista de números aleatorios generada por el programa computacional Epi Info, a través de este programa se calculó la muestra de estudio, el tamaño poblacional fue de 1109 mujeres, la frecuencia esperada de variable de interés, como se desconocía, se dejó en un 50% y una precisión de 10%, por lo tanto el tamaño muestral con un nivel de confianza de un 95% fue de: 89 mujeres.

3.3.3 Diseño: Esta investigación se realizó mediante la técnica de muestreo. Fue un muestreo probabilístico, aleatorio, simple (monoétapico), el cual permitió trabajar con una muestra de la población de interés, pero a la vez obtener información de la población de la cual provenía, es decir, las características de la población se vieron reflejadas en la muestra que obtuvimos. Se trabajó sólo con población femenina, entre 25 y 55 años, urbana, inscrita en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno, inasistente a control ginecológico anual. La muestra fue de tipo aleatoria, es decir, el total de nuestra población a investigar, 1109 mujeres, fue ingresada al programa computacional Epi Info, para obtener la muestra necesaria a encuestar, al azar.

3.4 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO

El instrumento aplicado fue una entrevista semiestructurada, aplicada por las investigadoras, compuesta de tres ítems, el primero correspondió a los antecedentes generales y socioeconómicos, el segundo a antecedente gineco- obstétrico, y el tercero a preguntas, dirigidas a la población femenina con menor adherencia al control ginecológico anual, el instrumento se inició con el título de la investigación, luego la explicación a las entrevistadas acerca de la razón y objetivos de la investigación y se incluyó una carta de consentimiento informado. (Anexo 1)

Se contempló la validación del instrumento, a través de la realización de la entrevista a treinta personas con las características de inclusión del estudio, actividad realizada durante el mes de septiembre.

La validación de los instrumentos a aplicar se realizó con el propósito de asegurar que su estructura y contenido permitan recopilar la información requerida.

3.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Cuando las muestras son numerosas, se hace necesaria la ordenación o estructuración de los datos, en este sentido hablamos de tabular, es decir, disponerlos de tal forma que se pueda empezar a representarlos o a obtener valores representativos de los mismos, a lo cual se

denomina distribución de frecuencias, lo cual nos permite un primer paso de información elemental. Una distribución de frecuencias es una tabla de datos, referentes a una variable, en la que se contienen las diversas clases, categorías o valores de una variable junto con sus frecuencias (VÉLEZ, 2001). En esta investigación se presentarán frecuencias absolutas (número de veces que se repite un valor en “n” observaciones) y frecuencias relativas (proporción respecto al total de respuestas, de una respuesta en particular).

4. RESULTADOS

4.1 EDAD

Los resultados de la variable edad permitieron estratificar el hallazgo en tres grupos etáreos, de los cuales el decenio entre 45 y 55 años incluyó la mayor cantidad (38) de mujeres. (Grafico 1)

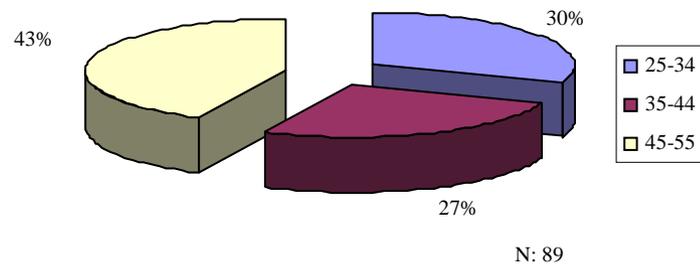


Gráfico 1: Frecuencia relativa según grupo etáreo de mujeres entrevistadas, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.2 PREVISIÓN

Respecto de la situación previsional de la población entrevistada, el 100% es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de la cual la mayor parte (48%) corresponde al grupo B. (Gráfico 2)

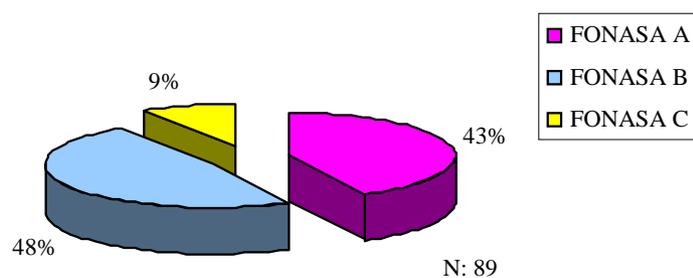


Gráfico 2: Distribución porcentual de mujeres según grupo de clasificación FONASA, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.3 SITUACIÓN MARITAL

En relación a la situación marital, cabe destacar que la mayoría de las mujeres de este estudio se declaró casada (49.4%). (Grafico 3)

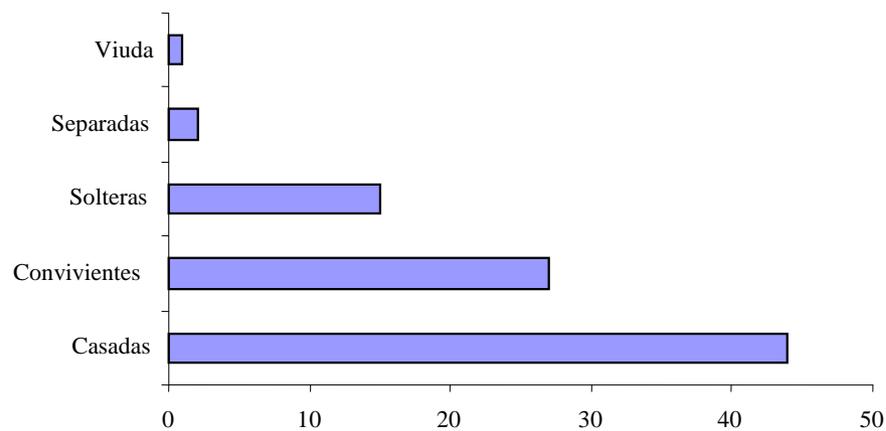


Gráfico 3: Frecuencia absoluta de mujeres según situación marital, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.4 ESCOLARIDAD

El resultado de la variable nivel de escolaridad permitió clasificarla en cinco niveles de educación, de los cuales se destacan el nivel de educación básica y media incompleta respectivamente. (Gráfico 4)

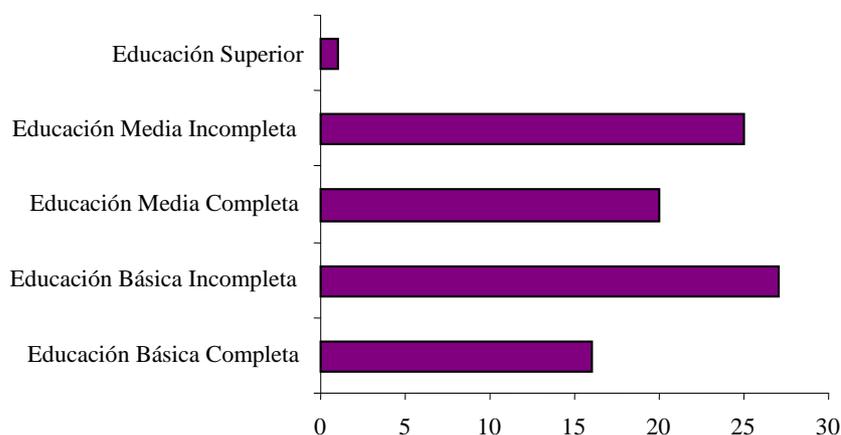


Gráfico 4: Frecuencia absoluta de mujeres según escolaridad, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.5 NIVEL ECONÓMICO

El nivel socioeconómico de la población, podría representar en algunos casos un factor condicionante en el acceso a los servicios de salud, en esta oportunidad la totalidad de la población entrevistada pertenecía al nivel socioeconómico bajo.

4.6 RELIGIÓN

La religión y sus diversas creencias podrían representar una razón en el comportamiento de las personas respecto de su salud, en relación a nuestros resultados, la religión evangélica incluyó el mayor porcentaje de mujeres (57.3%). (Gráfico 5)

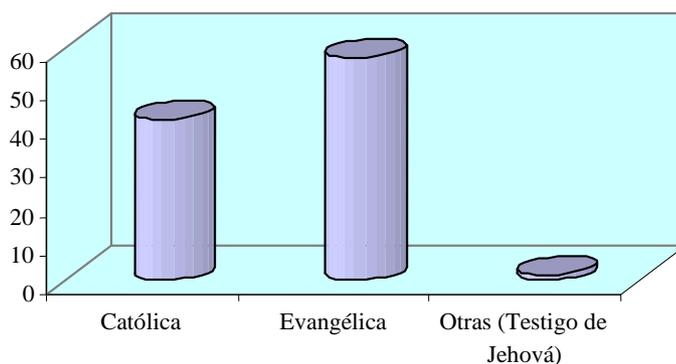


Gráfico 5: Distribución porcentual de mujeres según religión, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.7 PARIDAD

En determinadas ocasiones, la paridad de las mujeres podría tener directa influencia en la asistencia a sus controles ginecológicos anuales, atribuyendo este antecedente a la necesidad de acudir a los centros de salud. En esta ocasión, 68 mujeres tuvieron uno o más partos, 11 un embarazo (aborto), 6 mujeres ningún embarazo y 4 mujeres ningún parto.

4.8 CONOCIMIENTOS

En relación a la pregunta: Sabe usted ¿en qué consiste el control ginecológico y la importancia de su realización? Del total de mujeres entrevistadas, 67 manifestaron tener algún grado de conocimientos. (Gráfico 6)

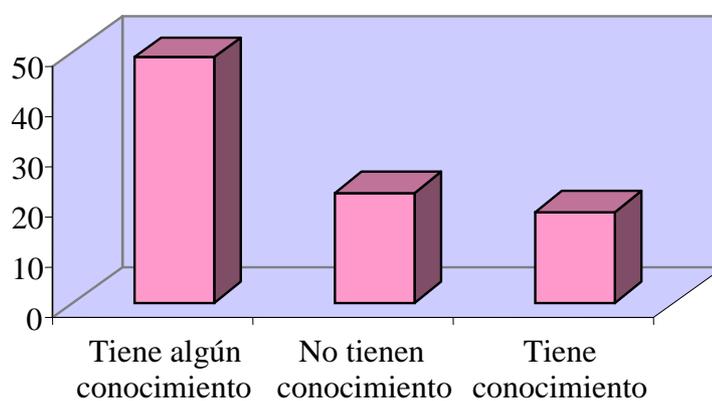


Gráfico 6: Frecuencia absoluta de mujeres según conocimiento sobre control ginecológico anual y su importancia, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.9 ADHERENCIA

Respecto a la pregunta: ¿Asiste usted a su control ginecológico anual? El 100% de las mujeres que participaron del estudio, manifestó no asistir a su control ginecológico anual.

En el mismo contexto, al consultarles sobre la causa de inasistencia a su control ginecológico, las respuestas obtenidas muestran que un 39.3% siente una desmotivación personal para realizárselo; un 12.3% lo relaciona al tiempo de espera para la atención en el consultorio; un 12.3% por no existir horas disponibles para su atención; y un 35.9% refiere otras causas tales como: déficit de conocimientos e información, razones laborales, actividades domésticas, cuidadoras y falta de privacidad en la atención. (Grafico 7)

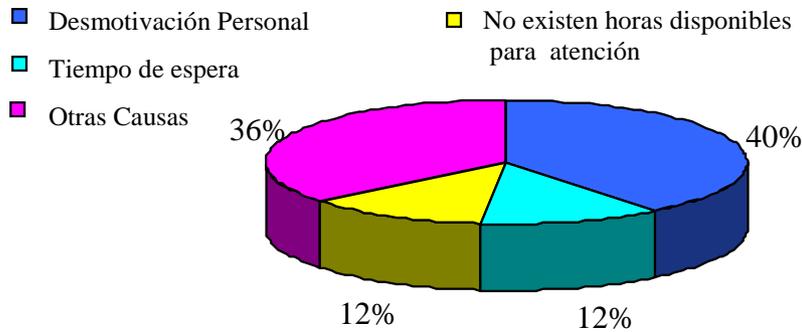


Gráfico 7: Distribución porcentual de mujeres según causa de inasistencia al control ginecológico anual, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

4.10 ACTIVIDADES

En relación a la pregunta: ¿En su centro de salud se realizan actividades que la motiven a asistir a su control ginecológico anual? Sólo 62 mujeres manifestaron que no se realizan actividades, y el resto de mujeres (27) contestaron que si se realizan.

4.11 MITOS

Respecto a la pregunta: ¿Tiene o conoce usted algún mito respecto al control ginecológico? Un 87.7% de las entrevistadas no refiere mitos respecto del control ginecológico, en cambio, un 12.3% de las usuarias si refiere tenerlos o conocerlos, las cuales en su mayoría manifestaron que uno de los mitos se relaciona al temor a la realización del examen citológico, conocido como PAP, mito representado al decir que dicho examen causaría dolor y además que durante su realización la matrona o matrón extraería un trozo de tejido desde el cuello del útero.

4.12 ACCESO

Al consultar: ¿Cómo considera usted el acceso al centro de salud y la atención otorgada en su control ginecológico? 74 usuarias manifestaron tener un buen acceso al establecimiento y consideran que reciben una buena atención, 14 usuarias consideran que tienen regular acceso al consultorio y además califican de regular la atención y sólo 1 usuaria considera mal acceso al establecimiento de salud y mala atención recibida. (Grafico 8)

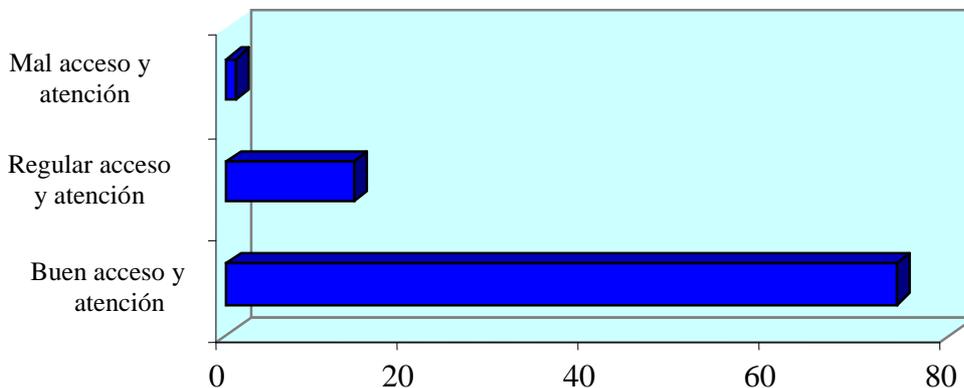


Gráfico 8: Frecuencia absoluta de mujeres según percepción del acceso al Centro de Salud y atención otorgada en su control ginecológico, Consultorio urbano Río Bueno, agosto-diciembre 2007.

5. DISCUSIÓN

El objetivo de éste estudio fue conocer aquellos factores que determinan la menor adherencia a dicho control, en mujeres entre 25 y 55 años en el Centro de Salud primaria urbano de la Comuna de Río Bueno.

En este estudio los resultados revelaron que mayoritariamente mujeres entre 45 y 55 años (43%) no asisten al control ginecológico anual durante el periodo estudiado, hecho que a su vez se ve reflejado con lo encontrado por Lamadrid (1998) quien señala que las mujeres entre 15 y 35 años son quienes más acuden a sus controles ginecológicos anuales en relación a las mujeres de 35 años y más, quienes poseen menor adherencia al control ginecológico anual; similares resultados describen Rodríguez y cols. (2003), quienes señalan que las mujeres entre 20 y 39 años son quienes más realizan su control ginecológico anual. Otro estudio, en el cual se explora la relación entre la cobertura de la toma de papanicolau, actividad que se incluye en el control ginecológico, se observó una menor cobertura en las mujeres de 55 a 69 años de edad (67,6 %) (PIÑEROS, 2005). Algunos de estos autores atribuyen este comportamiento a la relación que establecen las mujeres entre su salud sexual y su edad, es decir, a mayor edad menor preocupación por su salud sexual.

En oposición a lo anterior, Castro y Londoño (1999) señalan que a mayor edad de la mujer, existe mayor probabilidad de asistencia a actividades del control ginecológico anual. Este estudio se condice con el realizado por Juraci (2003) cuyos resultados revelan que a menor edad mayor probabilidad de no realizarse el examen ginecológico. Esta razón de prevalencia fue de 1,8 (1,6-2,1) mayor entre adolescentes (menos de 20 años), comparadas con mujeres con 40 años o más, lo que se atribuye a las diversas alteraciones relacionadas con el ciclo sexual y reproductivo de estas últimas.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, el estado les financia a través de un aporte fiscal directo. Asimismo FONASA da cobertura de salud a más de 11 millones de beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares legales y enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las

prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado.

En este estudio se observó que la totalidad de la población estudiada se encuentra afiliada a FONASA, hecho que describe Urriola (2006) desde la siguiente perspectiva: a pesar de que la afiliación a FONASA implica acceso a bajo costo o con sistema de co-pago a todas las prestaciones de salud dentro de la canasta de servicios que ofrece el sistema público de salud en Chile, existen quienes optan por la atención privada, lo cual señala la existencia de brechas para satisfacer la demanda en las actuales condiciones del sistema público, debido al déficit de cupos para la atención, excesivo tiempo de espera, falta de especialistas, entre otras; opuesto a lo observado por Piñeros (2005), quien asocia la afiliación (FONASA) con una mejor cobertura en las mujeres.

De la población entrevistada, la mayor parte declara una situación marital de casadas y convivientes, este hecho se contrapone de acuerdo a lo descrito por Rodríguez y cols. (2003), quienes señalan que las mujeres casadas y convivientes son las que con mayor frecuencia realizan el control ginecológico anual, influyendo en este hecho factores como la paridad, pareja estable, entre otros.

En cuanto a la escolaridad, según esta investigación, la totalidad de las mujeres posee algún nivel de educación entre básica incompleta y superior, similares resultados describen Rodríguez y cols. (2003), quienes señalan que a mayor nivel de escolaridad es mayor el conocimiento y adherencia respecto al control ginecológico anual.

Según este estudio, la totalidad de la población estudiada pertenece al nivel socioeconómico bajo. De acuerdo a lo mencionado por Medina y cols. (2005), en los grupos de menores ingresos económicos se observa un mayor número de alteraciones de importancia en la salud, sin embargo no existen diferencias significativas en cuanto a los diversos estratos socioeconómicos y su adherencia a las prestaciones de salud. Se presenta, igualmente, la frecuencia de consultas, hospitalizaciones y muerte según estratos, las diferencias en cuanto a tipo de atención, las opiniones de la población sobre la atención recibida y las razones para no haber sido atendidos entre otros.

En relación a la religión de las usuarias entrevistadas en este estudio, destacó, un 57.3% evangélicas y un 41.5% católicas. Curlin y cols. (2007), señalan que la religión y la espiritualidad influyen en la salud de las personas y en su adherencia a los diversos tratamientos, negándose a acudir a los centros de salud y a recibir atención de acuerdo a sus creencias religiosas. Sanz (2003), dice que la creencia y la práctica religiosa corresponden a la intimidad de la persona, por lo que se toma como indiscreción tocar el tema; destacando que la religión, en la mayoría de los casos es un factor que influye positivamente en la relación usuaria/usuario y salud, otorgando tranquilidad y seguridad a las personas frente a la atención recibida. Sin embargo en este estudio realizado en el consultorio de la comuna de Río Bueno,

sólo se investigó la religión de las usuarias, lo cual no determina una directa relación entre la tendencia religiosa y la adherencia al control ginecológico de éstas, a diferencia de los autores citados quienes si establecen una directa relación entre religión y adherencia.

La paridad se ha asociado a la realización de la técnica de Papanicolaou. Al respecto, Castro y Londoño, (1999) mostraron que la probabilidad de uso de esta técnica era mayor en las mujeres con antecedentes de uno a cinco embarazos (RP: 2,5; IC95%: 0,9-6,6) o con más de cinco embarazos (RP: 2,7; IC95 %: 1,0-7,0) opuesto a lo encontrado por las autoras de esta investigación, en la cual se observó que las mujeres inasistentes eran mayoritariamente multíparas.

Los resultados revelaron que la mayoría de las mujeres que participaron de este estudio posee algún grado de conocimiento respecto al significado e importancia del control ginecológico anual. Igual hecho se ha descrito en el análisis de la encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia (PIÑEROS, 2005), donde el 98,8 % de las mujeres entre 25 y 69 años de edad conoce lo que es el control ginecológico anual. Un estudio realizado a 200 mujeres de la localidad de Puerto Leoni, en Misiones - Argentina, (GAMARRA, 2003), reveló que un 92,5% de las entrevistadas tenían conocimiento sobre el control ginecológico, pero solamente un 49,5% de ellas fueron clasificadas como portadoras de conocimiento adecuado, a partir de los criterios establecidos, las principales fuentes de información mencionadas fueron radio/televisión, amigas/familiares e institución de salud. Rodríguez y cols. (2003) señalan que una gran parte de la población femenina posee algún conocimiento respecto al control ginecológico anual y su importancia.

Las principales causas de inasistencia al control ginecológico anual que destacan a partir de los resultados de las entrevistas realizadas, son: la falta de motivación personal, seguida de otras como falta de información, razones laborales, actividades domésticas, cuidadoras y falta de privacidad en la atención. Similares argumentos se observan en estudio realizado por Wiesner, a un grupo de mujeres en Colombia, en el año 2006.

Las barreras culturales para la asistencia al control ginecológico se hacen evidentes cuando las mujeres actúan priorizando el cuidado de los demás, de la casa y del trabajo, postergando el autocuidado de la salud. El tabú hacia la sexualidad, refuerza los sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la exposición de las partes íntimas y si a esto se suma la falta de privacidad en la consulta, aumenta la falta de interés por acudir a sus controles. (WIESNER, 2006)

Otra causa que manifestaron las mujeres para no acudir al control ginecológico anual, según los resultados de este estudio, es el excesivo tiempo de espera para la atención y poca disponibilidad de horas. Similares resultados se describen en Colombia, donde la pérdida de tiempo, ausencia laboral y temor a perder el trabajo son barreras para el acceso, por lo que

algunas mujeres prefieren recurrir a servicios privados o simplemente no asistir al control ginecológico. (WIESNER, 2006)

Las mujeres incluidas en este estudio manifestaron como primera causa de su escasa o nula adherencia al control ginecológico anual, la desmotivación personal, atribuyéndola en su mayoría al rol tradicional de madre, esposa, dueña de casa, y en algunas ocasiones al déficit de información. Como segunda causa manifestaron otros aspectos como razones laborales, actividades domésticas, cuidadoras y falta de privacidad en la atención, entre otros.

En el mismo contexto, un estudio de carácter exploratorio y descriptivo acerca de los aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizadores de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino, realizado durante la puesta en práctica del proyecto “Apoyo a la prevención en salud y pesquisa precoz del cáncer cervicouterino y de mamas a mujeres de la zona sur de Santiago en el año 1998”, cuyo universo quedó conformado por beneficiarias de tres consultorios de atención primaria (299 mujeres), cuyas edades fluctuaban entre 25 y 54 años y que a la fecha del estudio estaban atrasadas al menos en un año de la toma de PAP; postuló que la visión que las mujeres tienen de su identidad y de su sexualidad inciden en la propensión a realizarse el examen ginecológico, a través del cual se puede detectar precozmente el cáncer cervicouterino entre otras problemáticas y patologías. Los resultados de dicho estudio coinciden además con el discurso y rol tradicional de las mujeres, vale decir, madre sacrificada y autopostergada por la maternidad y sus labores domésticas, dejando de lado el cuidado de su propia salud sexual y reproductiva. (LAMADRID, 1998)

La mayoría de las entrevistadas (87,7%) no refiere tener o conocer mitos respecto de la realización del control ginecológico anual. Sin embargo Valenzuela (2001) señala la existencia de mitos como barreras psicológicas para la realización de dicha actividad, entre las cuales menciona: miedo a obtener un resultado adverso, al dolor del examen, a la falta de higiene del material, al pudor porque el examen fuese tomado por un varón o por la presencia de personas extrañas en el box de atención; y creencias erróneas tales como "que es sólo para mujeres jóvenes", en edad sexual activa, "que al realizarse el Papanicolau se corre el dispositivo intrauterino (DIU)", y errores de información.

Prácticamente la totalidad de las mujeres entrevistadas, manifiestan tener un buen acceso al centro de salud de atención primaria de la ciudad de Río Bueno, evaluando además como buena la atención otorgada en el mismo. Según lo señalado por Valenzuela y cols. (2001), se ha observado que la mayoría de las mujeres que se realizan el control ginecológico anual, perciben un buen acceso a los diferentes establecimientos de salud y califican la atención recibida como buena.

6. CONCLUSIONES

En el marco de la reforma de las Políticas de Salud, los equipos basan sus prestaciones en el modelo de salud integral, donde estas acciones promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna de las y los usuarios, quienes más que pacientes o enfermedad como hechos aislados, son considerados como personas, en su integralidad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, y que además, están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Por lo tanto, al ofrecer un control ginecológico integral, dirigido principalmente a mujeres que presenten factores de riesgo asociados a patologías cardiovasculares, enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, cánceres de mama, cervicouterino, vesicular, entre otros, es necesario tener en cuenta el perfil sociodemográfico de la población inasistente a este control, para la creación de nuevas estrategias de captación de aquellas mujeres que nunca se lo han realizado, rescate de las inasistentes, y mantención en control de aquellas que anualmente se lo realizan, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población femenina y a su vez hacerla participe y gestora de su propia salud.

El presente estudio mostró que la edad promedio de las mujeres estudiadas fue de 41 años. Algunos estudios revelan que mujeres de menor edad son quienes tienen mayor adherencia al control ginecológico anual, en oposición a otros que señalan que mujeres de mayor edad acuden con mayor frecuencia a su control anual.

El pertenecer al Fondo Nacional de Salud es un factor positivo en el acceso a la atención en salud, debido al bajo costo económico que significa para las/los usuarias/usuarios, sin embargo hay quienes optan por la atención privada, señalando mayor tiempo de espera en la atención, falta de horas y atención de menor calidad en la atención pública, lo cual podría representar un factor que condiciona una menor adherencia de las mujeres al control ginecológico.

Según el análisis de esta investigación, las mujeres casadas y convivientes tienen menor adherencia al control ginecológico anual.

En cambio el nivel de escolaridad tiene directa relación con el grado de conocimiento acerca del control ginecológico anual y su importancia, es decir, a mayor nivel de escolaridad mayor grado de conocimientos.

La adherencia al control ginecológico anual, no es influenciada por el nivel socioeconómico, en esta y otras investigaciones existentes.

Respecto al grado de conocimiento acerca del control ginecológico anual, casi la totalidad de la población tiene algunos conocimientos del significado e importancia del control ginecológico anual, sin embargo, el 100% de ellas no asiste a su control ginecológico anual, siendo la principal causa la falta de motivación personal. Las causas encontradas no fueron profundizadas en esta investigación, ya que no era el objetivo, sin embargo queda abierta la posibilidad de futuras investigaciones en relación a las causas de inasistencia al control ginecológico anual.

Existe un bajo porcentaje de mujeres incluidas en este análisis y en otros estudios realizados, que poseen mitos respecto al control ginecológico, lo cual en la mayoría de los casos, se debe a déficit de información. Para abordar esta problemática, muchas veces una realidad oculta para los profesionales de la salud, y disminuir los efectos que pudiesen ocasionar los mitos existentes en la población, se recomienda un cambio en las estrategias y piezas comunicacionales que se entregan a la comunidad por medio de folletería, talleres e información que se entrega durante la atención, de manera que se incluyan mensajes que aborden estas barreras psicológicas, además de la información general sobre el examen del papanicolau, sobre el cáncer de cuello uterino y de mama, como parte de algunos de los aspectos más relevantes.

Parte de la población manifiesta la ausencia de actividades de promoción que las motiven a conocer la importancia de la realización del control ginecológico anual, las demás destacaron la realización de actividades como: difusión radial de las actividades más conocidas del control ginecológico anual, entrega de folletos y material visual.

La mayoría de las mujeres entrevistadas perciben un buen acceso y atención en su centro de salud, sin embargo existe gran desconocimiento y desinformación respecto a las diversas actividades que se realizan en los centros de salud.

Los factores descritos anteriormente representan el perfil de la población estudiada, pero no necesariamente predominan como condicionantes en la menor adherencia al control ginecológico anual.

Proyecciones para el rol profesional

Los resultados obtenidos en esta investigación son de gran importancia para el quehacer diario del profesional matrona/matrón, más aún en el consultorio urbano de la comuna de Río Bueno, donde se llevó a cabo esta investigación, siendo un aporte para un nuevo enfoque del control ginecológico anual, como una de las actividades incluidas en el programa de salud de la mujer.

A través de los resultados obtenidos se puede influir en realizar nuevas actividades de promoción y prevención del control ginecológico anual a nivel local, y generar un espacio para la difusión del control ginecológico anual, teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico de las usuarias entrevistadas. En este sentido, los resultados representan un desafío para el quehacer de las/los profesionales matronas/matrones respecto a las actividades que se realizan destinadas a difundir la importancia del control ginecológico anual y en que consiste este, teniendo presente que el factor predominante que condiciona la menor adherencia a dicho control, es la falta de motivación de las usuarias estudiadas, dada principalmente por el déficit de información respecto a esta actividad, hecho que se confirma con la manifestación por parte de las usuarias de la no realización de actividades que las motiven a conocer y realizar anualmente un control ginecológico de manera integral.

Se abre un amplio campo para que los establecimientos de salud de atención primaria, con un interés real en la realización del control ginecológico a la población femenina, impulsen y realicen actividades de promoción y campañas de sensibilización para atraerlas a realizarse el control, cuyos efectos a largo plazo pueden ir no sólo a prevenir muertes, sino también a mejorar la calidad de vida de las mujeres, más aún en aquellas que ven su vida sexual y reproductiva limitada al rol tradicional de la maternidad como lo describe Lamadrid (1998).

Cabe reflexionar como futuras/futuros matronas y matrones, agentes activos en la realización del control ginecológico anual, en las causas que interfieren en la adherencia al control ginecológico y la responsabilidad que nos corresponde asumir como tales, creando estrategias de promoción y prevención dirigidas a la comunidad. Hoy en día el Ministerio de Salud hace énfasis en que las acciones de promoción en salud planteadas por los equipos locales deben ser preferentemente aquellas de carácter educativo, comunicacional y de refuerzo a la participación ciudadana que pueden estar orientadas a las diferentes etapas del ciclo vital o tener un carácter más amplio involucrando a la comunidad en su conjunto. (MINSAL, 2008). Dentro del equipo de salud, el/la profesional matron/matrona es uno de los integrantes que más realiza actividades de promoción y prevención en salud, sin embargo aún quedan desafíos por realizar en esta área.

7. BIBLIOGRAFÍA

BLÜMEL M. JUAN ENRIQUE; BRANCO F. CAMIL CASTELO; RONCAGLIOLO MARÍA E; BINFA E. LORENA; SARRÁ C. SALVADOR. 2003. Factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de mujeres de edad media. (Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?&IscScript=iah%2Fiah.xis&nextAction=lnk&lang=e&base=LILACS&exprSearch=%28fe+internet%29&conectSearch=AND&exprSearch=Factores+and+de+and+riesgo+and+cardiovascular+and+en+and+mujeres+and+en+and+edad+and+media>. Consultado el: 21 de noviembre del 2006).

CASTRO JIMÉNEZ MIGUEL A; LONDOÑO-CUELLAR PAULA A; VERA-CALA LINA M. 1999. Asistencia a citología del cuello uterino y sus determinantes en una población rural colombiana. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Consultado el: 27 de enero del 2008).

CENTRO INFORMÁTICO Y ESTADÍSTICAS CONSULTORIO RIO BUENO. 2007.

CERVANTES DEBONI DORA. 2006. Metodología de la investigación. (Disponible en: <http://www.esctel.cl/Postitulo/METODOLOG%20C3%8DA%20DE%20LA%20INVESTIGACION%20C3%93N/APUNTES.ALUMNOS..pdf> Consultado el: 16 de octubre del 2007).

CURLIN FARR; KOENING HAROLD. 2007. Religión y espiritualidad influyen sobre la salud. (Disponible en: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=603627>. Consultado el: 18 de marzo del 2008).

DIMATTEO Y DINICOLA. 2004. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. (Disponible en: http://www.osplad.org.ar/mundodocente/mundodocente2006/salud/notas/feb_06/laadherencia.htm. Consultado el: 16 de marzo del 2007).

DIONISIO F. SALDIVAR PÉREZ. 2008. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. (Disponible en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=82>. Consultado el: 15 de septiembre del 2008).

GAMARRA CARMEN JUSTINA; ARAÚJO PAZ ELISABETE PIMENTA; HARTER GRIEP ROSANE. 2003. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. (Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200019&lng=pt. Consultado el: 17 de marzo del 2008).

GOBIERNO DE CHILE. 2007. Dirección del trabajo. Ingreso mínimo. (Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/channel.html>. Consultado el: 04 de julio del 2007).

Juraci A. Cesar; Bernardo L. Horta; Gildo Gomes; Ricardo S. Houlthausen; Roselane M. Willrich; Alessandra Kaercher; Francisco M. Iastranski. 2003. Factores asociados à nao realizacao de exame citopatológico de colo uterino no extremo sul do Brasil. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Consultado el: 25 de octubre del 2006).

LAMADRID ALVAREZ SILVIA, 1998. Aspectos socioculturales de la sexualidad como factores obstaculizadores de la prevención secundaria del cáncer cervicouterino. (Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1338.pdf>. Consultado el: 24 de enero del 2008).

LAZCANO-PONCE EC; MOSS S; CRUZ-VALDEZ A; ALONSO DE RUIZ P; CASARES-QUERALT S; MARTÍNES-LEON CJ; HERNANDEZ-AVILA M. 1999. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud pública Mex 1999; vol. 41, número 4, página 278-285.

LIBERTAD MARTIN ALFONSO. 2006. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública. (Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm. Consultado el: 15 de marzo del 2007).

MEDINA ERNESTO; KAEMPFER ANA MARÍA; CUMSILLE FRANCISCO; MEDINA RAQUEL. 2005. Atención de salud en el gran Santiago según niveles de ingreso económico. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=ingresos%20and%20economicos%20and%20salud%20and%20chile&label=ingresos%20and%20economicos%20and%20salud%20and%20chile>. Consultado el: 15 de marzo del 2008).

MINSAL. 1997. Programa de salud de la mujer. Pág. 21 y 41.

MINSAL. 2005. Guía clínica de cáncer cervicouterino. 1 st Ed. Santiago. (Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancerCervicouterino.pdf>. Consultado el: 23 de octubre del 2006).

MINSAL. 2005. Guía clínica de cáncer de mama en personas de 15 años y más. 1 st Ed. Santiago. (Disponible en: http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/CancermamaR_Mayo10.pdf. Consultado el: 23 de octubre del 2006).

MINSAL. 2008. Orientaciones para la programación en red. (Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/orientaciones.pdf>. Consultado el: 02 de febrero del 2008).

OMS/OPS. Washington. Junio. 1998. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?&IsisScript=iah%2Fiah.xis&base=PAHO&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=salud+and+violencia>. Consultado el: 21 de noviembre del 2006).

PINHO, ADRIANA DE ARAUJO; FRANCA JUNIOR, IVAN; SCHRAIBER, LILIA BLIMA; D`OLIVEIRA ANA FLÁVIA. 2003. Cobertura e motivos para a realizacao ou nao do teste de Papanicolaou no Municipio de Sao Paulo. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Consultado el: 25 de octubre del 2006).

PIÑEROS MARION; CENDALES RICARDO; MURILLO RAÚL; WIESNER CAROLINA; TOVAR SANDRA. 2005. Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados en Colombia. (Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642007000300002&lng=pt. Consultado el: 28 de enero del 2008)

RODRÍGUEZ MARTA; GARCÍA IRAIDA; ROLÓN MARILUZ; DELGADO YARITZA; MEJÍAS ARON; BATISTA CARMEN. 2003. Conocimiento y temores de la mujer ante el papanicolaou. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Consultado el: 17 de marzo del 2008).

SANZ GONZALO. 2003. Medicina y religión. (Disponible en: www.unav.es/revistamedicina/47_4/medicina%20persona.pdf. Consultado el: 18 de marzo del 2008).

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA. 2008. Estadísticas control ginecológico año 2008.

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO. 2007. Seminario Facultad de Comunicaciones. Mitos en torno a la clase media. (Disponible en: http://www.udd.cl/prontus_facultades/site/artic/20070516/pags/20070516184852.html. Consultado el: 05 de julio del 2007).

URRIOLA RAFAEL. 2006. Chile: Protección social de la salud. (Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892006000900013&lng=es. Consultado el: 15 de marzo del 2008).

VALENZUELA MARÍA TERESA; MIRANDA AMELIA. 2001. ¿Por qué no me hago el papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=creencias%20and%20salud%20and%20chile&label=creencias%20and%20salud%20and%20chile>. Consultado el: 15 de marzo del 2008).

VALENZUELA SANDRA; PARAVIC TATIANA; SANHUEZA OLIVIA; STIEPOVIC JASNA. 2001. Programa de salud de la mujer en Chile: relación entre lo teórico y lo empírico en la comuna de Concepción, Chile. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Consultado el: 17 de marzo del 2008).

VÉLEZ CARLOS. 2001. Metodología de la investigación. (Disponible en: http://www.umce.cl/biblioteca/metodo_invest.pdf. Consultado el: 16 de octubre del 2007).

WIESNER CEBALLOS CAROLINA; VEJARANO VELANDIA MARCELA; CAICEDO MERA JUAN C; TOVAR MURILLO SANDRA L; CENDALES DUARTE RICARDO. 2006. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. (Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Consultado el: 28 de enero del 2008)

8. ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....,
con domicilio
Autorizo a Lorena Fernández Fernández y Sandra Cruces Belmar, estudiantes de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, a realizarme una entrevista para un estudio de investigación sobre **“Factores que condicionan menor adherencia al control ginecológico de mujeres entre 25 y 55 años, Consultorio Urbano Río Bueno, agosto a diciembre 2007”**.

Certifico que me fue previamente informado el propósito de esta entrevista y también las medidas que serán tomadas para salvaguardar la confidencialidad de dicho documento. Asimismo autorizo el análisis de los datos obtenidos de esta entrevista para cumplir los objetivos de esta investigación.

Tomando esto en consideración, otorgo mi consentimiento y firmo de forma voluntaria.

Firma persona entrevistada

Firma investigador

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

“Factores que condicionan menor adherencia de mujeres entre 25 y 55 años al control ginecológico anual, Consultorio Urbano Río Bueno, agosto a diciembre 2007”.

Número cuestionario:

Se pretende mediante este cuestionario saber las causas de su inasistencia a su control ginecológico anual y si conoce la importancia de esta conducta para su salud. Con esta información se pueden crear o cambiar actividades en su Centro de Salud para motivarlas al cuidado de su salud.

Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una cruz la alternativa que corresponda.

I. Ítem: Antecedentes generales y socioeconómicos

1. Edad: R.U.T:
2. Previsión: A. Fonasa A B C D
B. Isapre
C. Otra_____
3. Situación marital:
A. Soltera
B. Casada
C. Viuda
D. Conviviente
E. Separada
4. Escolaridad:
A. Sin estudios
B. Educación básica completa.
C. Educación básica incompleta.
D. Educación media completa.
E. Educación media incompleta.
F. Educación superior.
G. Educación técnica.

5. Nivel económico:

- A. Alta (1.500.000 y más)
- B. Media (500.000-1.500.000)
- C. Baja (144.000-500.000)

6. Religión:

- A. Católica
- B. Evangélica
- C. Mormona
- D. No tiene
- E. Otra _____

II. Ítem: Antecedente gineco-obstétrico

1. Paridad:

- A. Ningún parto
- B. Ningún embarazo
- C. Un embarazo
- D. Uno o más partos

III. Ítem: Preguntas

Lea con atención las preguntas y escriba según su conocimiento y opinión.

1. Sabe usted ¿En qué consiste el control ginecológico y la importancia de su realización?

- A. SI
- B. NO
- C. Más o menos

2. ¿Asiste usted a su control ginecológico anual?

- A. SI
- B. NO

3. Si no asiste al control ginecológico, la causa es:

- A. Mucho tiempo de espera.
- B. No hay horas disponibles.
- C. Falta de motivación personal.
- D. Otros _____

4. ¿En su Centro de Salud se realizan actividades que la motiven a asistir a su control ginecológico anual?

- A. SI
- B. NO

¿Cuál o cuáles?

5. ¿Tiene o conoce usted algún mito respecto al control ginecológico?

- A. SI
- B. NO

¿Cuál?

6. ¿Cómo considera usted el acceso al centro de salud y la atención otorgada en su control ginecológico?

- A. BUENA
- B. REGULAR
- C. MALA

¿Por qué?

Anexo 2. Variables

1. Edad

2. Previsión

- Fonasa: A B C D
- Isapre
- Otra

3. Situación marital

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Conviviente
- Separada

4. Escolaridad

- Sin estudios
- Educación básica completa
- Educación básica incompleta
- Educación media completa
- Educación media incompleta
- Educación superior
- Educación técnica

5. Nivel económico

Concepto: cantidad de dinero que dispone la familia mensualmente.
Dimensiones (Gobierno de Chile, Universidad del Desarrollo, 2007).

- Alta: ingreso 1.500.000 y más
- Media: ingreso 500.000-1.500.000
- Baja: ingreso 144.000-500.000

6. Paridad

Número de gestaciones y partos.

- Nulípara: sin partos.
- Nuligesta: sin gestaciones.
- Primigesta: una gestación.
- Multípara: más de una gestación.

7. Adherencia al control ginecológico anual:

- Buena adherencia: asistencia anual al control ginecológico.
- Mala adherencia: inasistencia al control ginecológico anual el último año.

8. Religión

- Católica
- Evangélica
- Mormona
- No tiene
- Otra

9. Realización de actividades de promoción del control ginecológico anual.

10. Mitos respecto al control ginecológico anual:

Historias sagradas elaboradas para explicar la realidad, el origen del mundo, animales, plantas y el ser humano, transmitido de generación en generación, en donde los protagonistas son seres divinos.

- Mitos culturales
- Mitos religiosos
- Otros

11. Accesibilidad:

Se consideran aspectos físicos, económicos, personales y administrativos en el acceso al centro de salud.