

ARTÍCULOS ORIGINALES

¿Por qué NO me hago el Papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile

MARÍA TERESA VALENZUELA SCH.⁽¹⁾ y AMELIA MIRANDA⁽²⁾

RESUMEN

*En 1995, luego de dos años de campaña nacional para promover la toma del examen de Papanicolau (PAP) en mujeres de 25 a 64 años, beneficiarias del sector público de salud, las metas de aumento de cobertura a nivel nacional (5% anual) no se alcanzaban. Se habían invertido importantes sumas de dinero en instalar puestos de toma del PAP en las sedes vecinales o en las escuelas cercanas a las poblaciones con baja cobertura, en personal especialmente capacitado, en instrumental y equipamiento para los laboratorios procesadores de exámenes y en piezas comunicacionales escritas (folletos, afiche). Sin embargo, no se obtenía el éxito esperado. Un equipo de profesionales del Departamento de Comunicaciones del Servicio de Salud Metropolitano Sur se planteó la necesidad de explorar las razones que las mujeres del público objetivo de la campaña esgrimían para no acudir a tomarse el examen. Se encontraron las siguientes barreras psicológicas para la acción: **miedo**, a obtener un resultado adverso, al dolor del examen o a la falta de higiene del material (espéculo); **pudor**, porque el examen fuese tomado por un varón o por la presencia de personas extrañas en el box de atención; **creencias erróneas**, “que es sólo para mujeres jóvenes”, en edad sexual activa, “que el PAP corre el DIU” y **errores de información**, contenidos en un folleto oficial en que se señalaba que el PAP sirve para prevenir el cáncer y no para detectarlo precozmente. Se recomienda un cambio en las estrategias y piezas comunicacionales de manera que incluyan mensajes que aborden estas barreras psicológicas, además de la información general sobre el examen y sobre el cáncer de cuello uterino.*

Palabras claves: Cáncer cérvico-uterino, Creencias en salud, Investigación cualitativa.

ABSTRACT

WHY I DON'T TAKE THE PAP TEST? PSYCHOLOGICAL BARRIERS OF WOMEN FROM POPULAR DISTRICTS IN SANTIAGO, CHILE

In 1995, after two years of a national campaign to institute the PAP Test among 25 to 64 year old women, target population of the public national health system, the goal of a coverage increase (5% a year) had not been reached. Important sums of money had been invested in stalls for taking the PAP smear at neighbourhood social service headquarters and schools near low coverage population areas, in specially trained personnel, in instruments and equipment for the smear processing laboratories and in written communications (posters and pamphlets) to attract attention. However, the expected outcome was not achieved. A team of professionals from the Communications Department of the Metropolitan

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.

⁽²⁾ Servicio de Salud Metropolitano Sur. Santiago, Chile.

*Health Service (Southern Branch) decided to explore the reasons of the target population to ignore this offer. The following psychological (or attitudinal) barriers were discovered: **fear** of an adverse outcome of pain due to taking the smear or from lack of hygiene of the specula; **shame** of having the exam taken by a male or of the presence of strangers in the stall; **erroneous beliefs** as to the exam being meant only "for young sexually active women" or that "the procedure would move the IUD out of place". Another reason was **wrong information** appearing in an official leaflet saying that the object of the PAP was the prevention of cancer, instead of its early detection. A change of strategy and means of communication is recommended in the sense of conveying messages with an approach destined to overcome these psychological or attitudinal barriers and also give general information on the exam and on uterine neck carcinoma.*

Key words: Carcinoma of the cervix uteri, Health beliefs, Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello del útero es la primera causa de muerte en mujeres entre los 15 y 44 años¹. En 1994, la mortalidad por esta causa representaba el 9% del total de las muertes por tumores malignos y ocupaba el 4º lugar entre los fallecimientos por cáncer en la mujer. En las últimas dos décadas, este tipo de cáncer ha experimentado una disminución sostenida en la mortalidad; sin embargo, la intensidad de ese descenso es aún baja (20% en 20 años) en comparación con las cifras de países con programas de pesquisa y tratamiento exitosos (50% a 70% en 20 años). De todos los cánceres, el de cuello uterino es el que tiene las mejores posibilidades de ser pesquisado, tratado y curado, con una alta relación de costo-efectividad.

Desde 1993, el Ministerio de Salud lleva adelante una campaña nacional de pesquisa del cáncer cérvico uterino, cuya meta es aumentar en un 5% al año la cobertura en mujeres entre 25 y 64 años con Papanicolau al día. La campaña se centró principalmente en ampliar los puntos de toma de muestras, poniendo temporalmente (por una semana) puestos de PAP en los sectores con mayor déficit de cobertura en el área urbana, o con mayores problemas de acceso en los sectores rurales. Los instrumentos de difusión, a nivel nacional, fueron piezas comunicacionales escritas (afiche, folleto), incentivándose la creación a nivel local de otras estrategias o medios de difusión.

En 1995, luego de dos años de campaña, las metas a nivel nacional no se habían cumplido. En el Servicio de Salud Metropolitano Sur, si bien se produjo un importante aumento de cobertura entre 1993 y 1994 (9,7%), en los años siguientes la tendencia

fue a la disminución, lo que motivó a un equipo del Departamento de Comunicaciones del Servicio de Salud a realizar un estudio sobre factores psicológicos que podrían estar influyendo la decisión de las mujeres de hacerse el examen de Papanicolau.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

En esta investigación se utilizó el Modelo de Creencias en Salud y Metodologías Cualitativas para la exploración de conocimientos, actitudes y prácticas, cuyos elementos centrales se detallan a continuación.

Modelo de Creencias en Salud²

Este modelo, cuyo principal expositor es Irwing M. Rosenstock, surgió en la década de los '50, para buscar las explicaciones psicológicas a la mayor o menor adhesión de un grupo de pacientes hacia un programa de *screening* con rayos X para la detección precoz de tuberculosis en Estados Unidos. Originalmente, incluía el estudio de la percepción de beneficios del examen, pero con el tiempo el modelo se amplió hasta incluir la **evaluación de creencias** sobre acciones de prevención, de detección precoz y de conductas y roles de enfermedad.

El modelo establece que los componentes de la conducta que hacen que una persona se decida a tomar acciones por su salud son los siguientes:

- 1. Percepción de susceptibilidad:** Es la percepción subjetiva de tener el riesgo de enfermarse, primer paso para iniciar cualquier acción preventiva, de detección precoz o curativa.

2. **Percepción de gravedad:** Son los sentimientos sobre la seriedad de un posible riesgo de salud o de estar enfermo sin tratamiento, lo que incluye no sólo las evaluaciones médico-clínicas de la enfermedad, sino también las posibles consecuencias sociales de ésta, como los efectos en la familia, el trabajo o las relaciones sociales.
3. **Percepción de beneficios:** Un individuo con un nivel de creencias óptimo sobre la susceptibilidad o gravedad de su condición de salud podría no estar dispuesto a aceptar ninguna recomendación sobre alguna acción de salud hasta que no perciba que esa acción es factible y eficaz.
4. **Percepción de barreras para la acción:** Los aspectos potencialmente negativos de una acción de salud -percepción de barreras- pueden actuar como impedimentos para la adopción de una conducta recomendada.
5. **Percepción de autoeficacia:** Concepto introducido por Albert Bandura, que consiste en la convicción personal de poder realizar con éxito una conducta requerida que produzca resultados.
6. **Variables socioeconómicas y demográficas:** Se cree que diversas variables demográficas, socioeconómicas y estructurales pueden afectar la percepción individual y, por lo tanto, influir indirectamente en las conductas de salud. Específicamente, se cree que factores como el nivel educacional tienen un efecto indirecto a través de la influencia en las percepciones de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras.
De los múltiples estudios retrospectivos y prospectivos que se han hecho de la aplicación del Modelo de Creencias en Salud, se ha llegado a concluir que **la percepción de barreras para la acción es el predictor individual más poderoso de los seis elementos del modelo**. Mientras la *percepción de susceptibilidad* y la *percepción de beneficios* fueron también importantes, la primera de ellas fue un predictor más fuerte de conductas de prevención que de conductas de enfermedad; exactamente al revés se da en el caso de la *percepción de beneficios*: es un predictor mucho más poderoso de conductas de enfermedad (aceptación del rol de enfermo) que de conductas preventivas. La *percepción de gravedad* fue el elemento menos predictor de todo el modelo, a pesar de ser la dimensión que más fuertemente se relacionó con las conductas de enfermedad (aceptación del rol de enfermo).

Métodos Cualitativos de Investigación³

Las principales características de un estudio cualitativo son su orientación **inductiva**, su **perspectiva holística**, la interacción del **investigador con los 'investigados'**, su intento de comprender a los 'investigados' **dentro de su contexto**, la **prescinda de creencias y perspectivas propias del investigador**, y el hecho de que se consideran **todas las perspectivas valiosas**⁴.

Las dos técnicas cualitativas más importantes son las entrevistas individuales en profundidad y los grupos focales. En esta investigación se utilizaron ambas.

Los **Grupos Focales**⁵ constituyen la técnica cualitativa más usada y tienen como característica principal el aprovechamiento de la dinámica de grupo; permiten, además, a un grupo pequeño de participantes ser guiados por un moderador calificado para alcanzar niveles crecientes de comprensión y profundización de las cuestiones fundamentales del tema objeto del estudio. Además son de bajo costo; permiten investigar a varias personas en un solo lugar; facilitan la interacción del grupo y la observación directa de la dinámica grupal; y permiten acceder a una información continua, profunda y contextualizada sobre un tema fácil de hablar. Para realizar un grupo focal es necesario, en primer lugar, definir una **guía de temas o preguntas**, la que debe ser preparada entre el investigador y el moderador del grupo focal.

Existen dos tipos de grupos focales:

- a) **Exploratorios**, que buscan acceder a información poco conocida sobre algún tema desde distintas perspectivas (vivenciales, intelectivas, emocionales, valóricas, etc.). Esto, para proveer de un contexto sociocultural a la investigación o intervención que se está planificando.
- b) **Sustantivos**, cuyo objetivo es indagar en el contenido y la forma en que fue percibida cierta experiencia, enmarcada dentro de una investigación. Se busca conocer aspectos precisos, ya no generales como en los exploratorios, referidos fundamentalmente a una experiencia vivida dentro del proceso de la investigación.

Usualmente, los grupos focales exploratorios sirven de base para la elaboración de las guías de conversación de los grupos focales sustantivos, lo que permite que en estos últimos la orientación del diálogo por parte del facilitador sea más precisa y menos general.

La *entrevista en profundidad*⁶ persigue los mismos objetivos que un grupo focal, pero se realiza en forma individual. Eso tiene la ventaja de la privacidad, lo que puede permitir que el entrevistado se sienta más libre para dar información. Permite, asimismo, conocer, entender e interpretar mejor las percepciones y el comportamiento humano, además de hacer posible una recopilación detallada del contexto sociocultural y de los patrones de comportamiento de personas ligadas a algún grupo específico de población.

Las circunstancias a las que mejor se adaptan las entrevistas en profundidad son las siguientes:

- a) Cuando se va a tratar **un tema complejo en un público bien informado**. Por ejemplo, si vamos a investigar sobre la ética en el ejercicio de la profesión médica y queremos conocer testimonios de médicos al respecto.
- b) Cuando se trata de **un tema muy delicado**, como la indagación sobre planificación familiar en mujeres que han tenido un aborto.
- c) Cuando se trata de **un grupo geográficamente disperso**, en el que se hace muy difícil juntar a varias personas en un grupo focal, por ejemplo.
- d) Cuando hay mucha **presión de los homólogos**. Por ejemplo, cuando queremos indagar sobre las verdaderas opiniones de las personas frente a una campaña publicitaria en la que queremos saber el verdadero sentido de la influencia del mensaje y no las respuestas “de acuerdo a la opinión general” o “la respuesta más correcta” que puede darse dentro de un grupo focal.

El objetivo fundamental de la entrevista en profundidad es *poder ver las cosas desde el punto de vista del entrevistado*; por lo tanto, es fundamental que al usar esta técnica el entrevistador no pierda nunca de vista que está *‘entrando en el mundo interior’* de otra persona, y que se entrevista a la persona para conocer aquello que no podemos observar directamente (sentimiento, pensamientos, intenciones, etc).

ORIENTACIÓN HIPOTÉTICA

La conducta reactiva de mujeres de nivel socioeconómico bajo a hacerse el examen de Papanicolau tiene causas psicológicas que actúan

como barreras para la acción, que son tanto o más determinantes que las barreras de acceso físico o financiero.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Explorar motivaciones psicológicas que pudieran actuar como barreras para acudir a hacerse el Papanicolau en mujeres de sectores populares (nivel socioeconómico bajo) del área geográfica del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

METODOLOGÍA

Grupos Focales Exploratorios con mujeres de edad de riesgo (25 a 64 años) en sectores donde la campaña no fue muy exitosa (1, Paine) y con monitoras voluntarias donde la campaña tuvo éxito (2, Lo Espejo). Además, se hicieron entrevistas en profundidad a algunas mujeres que no acudieron a tomarse el PAP a pesar de haber tenido en su propia población un puesto de salud (3, San Bernardo).

Para enunciar los resultados se utilizará la técnica de “descripción densa”, en la que se transcriben textualmente las frases más relevantes de la conversación en grupos focales y de las entrevistas.

RESULTADOS

Del relato tanto de las mujeres del grupo objetivo como de las monitoras de salud, se desprende una serie de creencias, actitudes y conductas que actúan como barreras para la acción requerida, en este caso, tomarse el examen de Papanicolau.

En primer lugar, pudimos constatar la **positiva evaluación que hicieron las mujeres de la modalidad de “puestos de PAP”** en sus poblaciones, que fue la forma elegida para eliminar los problemas de acceso físico al consultorio, la tardanza en la entrega de hora para un examen preventivo o el costo financiero de tomarse el PAP. Así lo graficaron dos monitoras de salud:

“Algunas decían que iban a perder tiempo, a hacer cola, que no las iban a atender. Y nosotras les explicábamos que no, porque la matrona va a

atender por hora, por ejemplo tal día va a estar de 3 a 4 de la tarde y les preguntábamos a qué hora podían ir. La gente tuvo esa disponibilidad de ir”.

“Algunas nos fueron a dar las gracias después. Porque hay partes donde hay que pagar y como esto era gratuito y uno iba al domicilio de la persona, era mucho mejor todavía para ellas. Y así se detectaron 4 cánceres”.

Una fuente de resistencia fue la creencia de que en el puesto de PAP la **demora en la atención y la multiplicidad de trámites** sería igual que en el consultorio.

“Decían que iban a perder tiempo, a hacer cola, que no las iban a atender, pero les explicamos que no era así y muchas iban después” (monitora de salud).

“Yo escuché mucha gente que se quejaba que cuando se lo hacía en el poli, pasaban 3 meses y no les daban el resultado. En cambio en la campaña, en el mismo mes” (monitora de salud).

Había una importante **falta de información** sobre el examen y su utilidad, lo que fue relevante en la actitud de las mujeres para no tomarse el examen.

“Muchas no tenían idea lo que era el PAP y les explicábamos... Es algo normal que una como mujer tiene que hacerlo, porque no vaya a presentar después un cáncer cérvico-uterino” (monitora de salud).

“Les decíamos: porque si usted en su vida tuvo como 4 ó 5 niños y nunca se ha hecho el PAP, eso no es posible, porque usted no sabe cómo está dentro de su organismo” (monitora de salud).

“Yo no tenía nada de información. Para mí esto del PAP, por la edad mía era muy lejano. No sabía en qué consistía, aquí lo vine a saber” (pobladora de San Bernardo).

Detectamos un importante **error de información en la folletería oficial** de la campaña de PAP, lo que generó una actitud negativa de parte de algunas personas:

“Lo que pasa es que en este folleto dice que el PAP es pa’ que no le dé a una el cáncer del interior y resulta que a una vecina mía le tomaron el examen y después le vinieron a avisar que tenía igual el cáncer... entonces, ¿pa’ qué dicen que una se lo tome si igual le da cáncer?” (pobladora de Paine).

Es muy relevante constatar que un error de redacción puede dar pie a una interpretación errónea del mensaje y desencadenar una actitud negativa

frente a una campaña de prevención. La frase del folleto señalaba que al tomarse el PAP, “logramos prevenir el cáncer del cuello del útero”, lo que en rigor no es así: el examen ayuda a detectar precozmente la presencia de un cáncer, pero no tiene características terapéuticas, en el sentido de que al tomarse el examen, se evite la enfermedad. Esta última fue la interpretación hecha por esta pobladora, lo que impidió que adhiriera a la campaña porque se produjo en ella la duda frente a la credibilidad de la información.

La actitud de **temor** al examen fue la que apareció con más frecuencia entre las mujeres del público objetivo, especialmente en aquéllas que se negaron a hacerse el examen. El temor provenía de varias fuentes: temor al dolor del mismo examen, al posible resultado adverso o a la falta de esterilización del material usado (espéculo):

“No es cierto que el examen no duele, porque yo me lo he hecho y duele igual; eso se lo dicen a una para que vaya no más... y en el folleto dice también lo mismo, y es mentira” (pobladora de Paine).

“No, señorita, yo no me lo hago porque si tengo algo, no quiero saberlo. Total, de algo se tiene que morir una...” (pobladora de Paine).

“Una señora me dijo ‘ah, no, esa custión no porque me da miedo: me van a encontrar la pila de leseras, de infecciones, me van a meter la máquina hasta el fondo y está sucia” (monitora de salud).

Una segunda barrera psicológica relevante para no hacerse el examen fue el **pudor**, en especial frente a la posibilidad que el profesional fuese de sexo masculino (matrón) o a la escasa privacidad del box de atención.

“Preguntaban si eran matronas las que lo iban a tomar (el PAP), no querían que fuese hombre, porque eran reacias” (monitora de salud).

“Nos tocó un momento en que había como 4 personas (en el box) cuando alguien entraba a tomarse el PAP, y la matrona lo tomaba igual. Yo lo conversé con la niña ayudante” (monitora de salud).

“Es que yo soy como media acomplejá, porque si hay mucha gente me da vergüenza” (pobladora de San Bernardo).

Una barrera muy importante -tal vez la más fuerte- fue la presencia de algunas **creencias erróneas** sobre el examen, como por ejemplo, que es sólo para mujeres en edad sexual activa.

“Para mí esto del PAP, por la edad mía (67 años), era muy lejano. No sabía en qué consistía, acá lo vine a saber. Después incluso yo misma traje a mis nietas a que se lo tomaran” (monitora de salud).

“Yo tengo más de 60 y hace diez años que estoy sola, viuda... esto del PAP es pa' las que tienen hombre, pero yo no ya...” (pobladora de San Bernardo).

“Yo soy viuda señorita y aquí la gente cree que esta campaña es pa' las casadas. Si me ven después entrando al consultorio, donde está ese tremendo letrero amarillo, quizás qué van a pensar...” (pobladora de Paine).

Es interesante notar, en este último testimonio, la **connotación social** que se le atribuye al examen. Para esta mujer, adherir a la campaña implicaba un desprestigio frente a sus vecinas que, en el entendido que el PAP es sólo para mujeres con vida sexual activa, podrían pensar que ella -viuda desde hacía varios años- tenía una nueva pareja.

La creencia más fuertemente arraigada en estas mujeres era **que el PAP les “corría el dispositivo”** y por lo tanto, se producía un embarazo no deseado a causa del examen.

“También hubo mujeres que dijeron que no se lo hacían porque les corrían el dispositivo” (monitora de salud)

“Yo voy a hablar primero con la matrona, antes de tomármelo (el PAP), porque a mí una vez me corrieron el tratamiento en el policlínico y quedé embarazada de una niña que ahora tiene 5 años. Y yo hacen 5 años que no me hago el PAP ni voy a la matrona, nada desde que me pusieron este dispositivo” (pobladora de San Bernardo).

CONCLUSIONES

Las barreras que impiden a muchas mujeres tomarse el PAP son principalmente psicológicas y no

de acceso físico o financiero. Hay barreras que tienen su origen en errores de información (el PAP es para prevenir el cáncer de cuello uterino); otras, basadas en creencias (que el PAP corre el dispositivo, que es sólo para mujeres jóvenes) y otras en el temor al resultado o al dolor del examen y, en el pudor producto de la falta de privacidad o en la confianza con el profesional.

A la luz de estos resultados, es importante reformular las estrategias educativas y comunicacionales que hoy se usan para atraer a las mujeres a realizarse este examen, de manera que aborden estos factores psicológicos que actúan como barrera a la acción. De esta forma, se podrá impactar con más fuerza en la intensidad de descenso de la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en Chile.

REFERENCIAS

- 1.- MINISTERIO DE SALUD, CHILE. División de Salud de las Personas. Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena. 1997.
- 2.- IRWING M. ROSENSTOCK, in Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice, Chapter 3: The Health Belief Model: Explaining Health Behavior through Expectancies. Jossey-Bass Publishers, Oxford. 1991.
- 3.- TAYLOR S J, BOGDAN R. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La búsqueda de significados. Ediciones Paidós, España. 1992.
- 4.- PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA PERÚ-CANADÁ. Modelos y Estrategias de Comunicación en Salud y Técnicas Cualitativas. Unidad II Curso de Comunicación en Salud.
- 5.- DEBUS M. Health Com, Communication for Child Survival. Manual para Excelencia en la Investigación Mediante Grupos Focales. Academy for Educational Development, Washington DC 1992.
- 6.- FNUAP-UNESCO. Manual de Comunicación Social para Programas de Población, 1992.