

## Conocimientos, actitudes y creencias sobre el cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de Nicaragua

### *Knowledge, attitudes and beliefs about cervical cancer in Nicaraguan fertile-age women*

Karen Herrera<sup>1a</sup> Igor Martin Ramos<sup>2b</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo:** Explorar la influencia de los conocimientos, actitudes y creencias acerca del cáncer cervicouterino sobre las acciones de prevención en mujeres en edad fértil residentes de tres departamentos de Nicaragua. **Materiales y Métodos:** se efectuó un abordaje fenomenológico, con un muestreo no probabilístico y se entrevistaron a quince mujeres procedentes de zonas periurbanas y rurales de los departamentos de Jinotega, Chinandega y Estelí. Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada con preguntas abiertas. Adicionalmente se entrevistaron diez líderes de salud, en búsqueda de elementos adicionales relacionados al tema de investigación. **Resultados:** Los conocimientos sobre la patología fueron inadecuados ya que fue atribuida la etiología de la enfermedad al uso de anticonceptivos, falta de higiene personal e incluso a la ingesta de ciertos alimentos. Las actitudes ante un posible diagnóstico fueron en su mayoría fatalistas incluso en los líderes de salud. Dicha enfermedad se concibe como una enfermedad incurable y mortal, además de generar vergüenza y tristeza. Las creencias sobre la etiología de la enfermedad fueron explicadas por aspectos religiosos, conductas sexuales no apropiadas. **Conclusiones:** Fue evidente la influencia negativa del poco conocimiento, las creencias populares y las actitudes fatalistas ya que contribuyen a que las mujeres no tengan percepción de riesgo para contraer la enfermedad ni que utilicen el Papanicolau ni decidan acceder a los servicios de salud oportunamente. Las estrategias educativas deben ser reforzadas y planificadas de manera diferente para las mujeres de zonas rurales de Nicaragua. **Palabras clave:** enfermedades del cuello del útero; neoplasias uterinas; conocimientos, actitudes y prácticas en salud (Fuente: DeCS-BIREME).

#### ABSTRACT

**Objective:** Examine how the knowledge, attitudes and beliefs about cervical cancer influence the preventive actions in fertile-age women from three departments of Nicaragua. **Materials and Methods:** a phenomenological approach was implemented, with a non-probabilistic sample; fifteen women from peri-urban and rural areas of Jinotega, Chinandega and Estelí were interviewed. An in-depth semi-structured interview with open question was used. Additionally, ten health leaders were interviewed in order to expand our understanding about the research topic. **Results:** Knowledge about the pathology was inadequate. It was attributed to a) the etiology of the disease, b) contraceptive use, c) poor hygiene, and d) intake of some foods. The attitudes toward a possible diagnosis were mostly fatalistic even among health leaders. This disease is viewed as incurable and deadly; it is also the source of shame and sadness. The beliefs about the etiology of the disease were explained by religious considerations or attributed to non-appropriate sexual behaviors. **Conclusions:** The negative influence of the inadequate knowledge, popular beliefs and fatalistic attitudes was evident. Because of this, women are not capable of perceiving the risks in contracting this disease. They will not get their Pap test or seek health services in time. Thus, the educational strategies for rural Nicaraguan women should be reinforced and planned differently.

**Key words:** Uterine Cervical Diseases; Uterine Neoplasms; Health Knowledge, Attitudes, Practice (Source: MeSH-NLM).

1. Facultad de Medicina "Coronel Dr. Juan Ignacio Gutiérrez". Managua Nicaragua.
2. Universidad de Guadalajara. México
  - a. Máster en Salud Pública
  - b. Doctor en Innovación Educativa

Recibido: 23-11-2018 Aceptado: 22-01-2019

**Citar como:** Herrera K, Ramos IM. Conocimientos, actitudes y creencias sobre el cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil de Nicaragua. Rev Hisp Cienc Salud. 2018; 4(4):143-151

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfocó en estudiar un problema de salud pública con tasas de mortalidad tres veces más altas en Latinoamérica que en Norteamérica. El cáncer cervicouterino pone de manifiesto las enormes desigualdades existentes en la región en términos de pobreza, género y acceso a los servicios de salud. <sup>(1)</sup>

Las principales causas de mortalidad por cáncer en Nicaragua en el año 2015 fueron el de los órganos digestivos (36,3%), de genitales femeninos (13,41%), de Tórax y sistema respiratorio (9,0%) y neoplasias de genitales masculinos y tejidos hematopoyéticos (8,0% respectivamente) <sup>(2)</sup>. De no tomarse acciones urgentes, el cáncer cervicouterino continuará causando muerte prematura en mujeres de Nicaragua a pesar de ser una patología prevenible y tratable en sus estadios tempranos.

En la enfermedad del cáncer además de los determinantes de salud conocidos influyen las creencias socialmente compartidas que forman el núcleo central del conocimiento que estos pacientes tienen sobre la enfermedad <sup>(3)</sup>. A partir de estos conocimientos compartidos, el paciente lleva a cabo una lectura e interpretación de la realidad y toma una determinada posición en relación a ella <sup>(4)</sup>, lo que a su vez incide en la atención en salud.

El presente estudio analiza la influencia de los conocimientos, las creencias y actitudes sobre el cáncer cervicouterino en mujeres de los departamentos de Jinotega, Chinandega y Estelí, bajo una perspectiva cualitativa, que permite brindar aportes al sector Salud de Nicaragua para potenciar programas educativos dirigidos a las posibles debilidades identificadas, de igual manera mejorar posibles barreras al acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de este estudio se efectuó un abordaje fenomenológico <sup>(5)</sup>. El estudio se realizó en tres departamentos de Nicaragua: el departamento de Jinotega presenta la incidencia más alta de la patología en estudio en el grupo de mujeres más jóvenes de 15 a 34 años en el año 2015 mientras que el departamento de Chinandega en los años 2013, 2014 y

2015 ha estado en el tercero, primero y segundo lugar respectivamente de más alta incidencia de cáncer sobre todos los departamentos del país. Se incluyó el Departamento de Estelí como una tercera área de estudio dado que se consideró que las creencias religiosas arraigadas en este departamento podrían aportar al estudio mayor profundidad en el aspecto cualitativo del problema de investigación.

A través de un muestreo no probabilístico se seleccionaron quince mujeres residentes de zonas periurbanas y rurales. Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada con preguntas abiertas. Adicionalmente se entrevistaron diez líderes de salud, en búsqueda de elementos adicionales propios de la comunidad relacionados al tema de investigación.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres en edad fértil, residentes permanentes, que asistían o habían asistido a la unidad de salud, con pareja.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres que nunca se hubiesen realizado Papanicolaou, que tuviesen cáncer diferente al cáncer en el aparato reproductor femenino, las que, durante la entrevista, cambiaran de opinión y solicitaran su exclusión del mismo.

Las participantes en el estudio fueron ubicadas en sus domicilios en las comunidades donde residen. Se priorizaron las comunidades que tuviesen acceso a puestos de salud y se visitaron según la coordinación con el SILAIS local.

Al realizar la visita domiciliar se explicó la entrevista que se pretendía realizar y se buscó privacidad para que en el caso de las mujeres se sintieran cómodas de expresar sus sentimientos, pensamientos y sus experiencias en torno al tema de investigación, se pidió consentimiento verbal antes de iniciar la entrevista y se grabó para confirmar que accedían voluntariamente a responder la misma. Fueron también notificadas sobre sus derechos de renunciar cuando ellas así lo considerasen. En el caso de los líderes de salud se procedió de igual manera.

Se utilizaron las seis fases para la realización del estudio fenomenológico: donde se trató de sacar a la luz los significados ocultos y se extrajo de la reflexión una significación a través de la generación de categorías de análisis relacionadas a las causas, prevención, riesgos, diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino, así como fuentes de apoyo para las mujeres. A su vez estas categorías fueron derivando en diversos códigos.

Se construyó una explicación de las categorías emergentes de las experiencias y vivencias de los entrevistados, con base en el establecimiento de sentido y significado a la información proporcionada. Con la finalidad de mantener confidencialidad, las entrevistas fueron codificadas. Se utilizó el programa de computador ATLAS.TI para la codificación y análisis de los datos obtenidos a través de las entrevistas y posteriormente se escribió el informe sintetizado de los conocimientos actitudes y creencias más relevantes y representativas. Esta información también se trianguló con la expresada por los líderes de salud, cuyas entrevistas fueron categorizadas de igual manera que las de las participantes del estudio.

## RESULTADOS

Las mujeres participantes tenían edades comprendidas entre los 25 y 47 años de edad. Todas tenían pareja, predominando el estado civil acompañada, cinco de las entrevistadas eran analfabetas, ocho habían cursado primaria incompleta y dos tenían secundaria incompleta. La mayoría eran amas de casa. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las entrevistadas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
25-35 años	7	47
36-45 años	5	33
Más de 45 años	3	20
<b>Escolaridad</b>		
secundaria completa	3	20
secundaria incompleta	3	20
primaria incompleta	4	27
analfabeta	3	20
alfabeta	2	13
<b>Estado civil</b>		
Casada	5	33
Acompañada	10	67
<b>Ocupación</b>		
Ama de Casa	13	87
Oficio (estilista, plancha)	2	13
Total General	15	100%

## DISCUSIÓN

A pesar de que se trató en su mayoría de mujeres donde las unidades de salud de primer nivel de atención se encuentran cercanas a sus hogares, al menos seis de ellas dijeron no poseer conocimientos sobre el tema, algunas mencionaron frases como: *"Yo no he oído muchas cosas del cáncer en la matriz, sé que existe el cáncer en la matriz y en las mamas"*

El Ministerio de salud de Nicaragua aborda el Cáncer Cervicouterino como un asunto prioritario, hay disponibilidad y se oferta el examen de papanicolau a todos los niveles, dicha oferta incluye consejería y algunos medios educativos propios de las unidades de salud. Sin embargo, este tema toca un universo complejo de vivencias, experiencias, creencias, temores, muchas veces imperceptibles desde una perspectiva biomédica <sup>(6)</sup>. En ocasiones las mujeres se tornaban avergonzadas al abordar temas que conciben como privados y pueden llegar a ser evasivas. Una de las participantes comentó al respecto: *"yo no sé nada de eso y de eso no le voy a decir nada"*.

Entre los causales más referidos por las entrevistadas es que el cáncer cervicouterino "se debía a infecciones", pero no mencionaban una infección específica (p.e., el virus del papiloma humano), más bien expresaban sintomatología relacionada a leucorrea o vaginosis.

Se percibe que para ellas el cáncer se relaciona con la actividad sexual, pero como algo sucio (infecciones). La sexualidad femenina en la sociedad occidental es percibida como peligrosa, por lo que es necesario reprimirla para conservar la pureza y evitar la transmisión de enfermedades <sup>(7)</sup>. Es relevante que en las mujeres entrevistadas se advierte el riesgo solamente ante la práctica de tener múltiples parejas sexuales: *"Eso da cuando andan con un hombre [y] con otro"*.

En el imaginario social, llevar una vida sexual "liberada" es un seguro para el diagnóstico de cáncer, al relacionarse con la inmoralidad, asumiéndose como un castigo ante los pecados cometidos, lo que trae consigo sentimientos de vergüenza y lleva a una muerte dolorosa <sup>(8)</sup>.

En nuestra civilización, nacida al amparo de la cultura judeocristiana, los misteriosos resultados de un sufrimiento personal tienden a quedar asociados con el castigo por transgresiones desconocidas (pecados). Esto proporciona una causa identificable, una razón que también contribuye (considerando su asociación con el pecado) a formar una de las bases para el estigma y rechazo <sup>(9)</sup>.

La población en estudio en Isidrillo, Estelí se destacó por asignar de manera generalizada aspectos religiosos a las causas de padecer la enfermedad: "Yo digo que en veces es por desobediencia. Porque cuando uno se apega más a Dios, Dios lo mantiene sano, buena su familia."

Al indagar sobre los conocimientos sobre el Papanicolaou mencionaron: "Cuando me lo hacen ellos me ponen la fecha me dicen le toca hacérselo cada seis meses o al año y así." En otros casos menos frecuentes mencionaron: "Supongo que cada 2 años o cada vez que sientas feo ahí, le huele feo, le hiede."

Con relación a la utilidad del Papanicolaou las entrevistadas respondieron que era útil "para que no haya sangrado" y además expresaron sirve para "Saber si mi marido me pega alguna enfermedad, anda con otra (mujer)." O bien, "Es importante, para evitar la parte inflamatoria en los ovarios, ahí uno se da cuenta de todos los problemas que le da a uno las infecciones."

En Paraná, Paraguay se encontró que las mujeres a pesar de haber oído hablar del examen Papanicolaou, un alto porcentaje de mujeres encuestadas no tenían conocimiento sobre el mismo y que dieron respuestas imprecisas y erróneas <sup>(10)</sup>. Estudios realizados en países de Latinoamérica, por su parte reflejan también un conocimiento bajo; así, una investigación del Perú señala que el 89.4 por ciento de la población estudiada presentó conocimientos bajos e intermedios <sup>(11)</sup>.

Los autores consideran que el cáncer cervicouterino se puede explicar a través de diferentes modelos (ver Figura 1):



Figura 1. Diferentes modelos para explicar el cáncer cervicouterino

Según el modelo de creencias en salud es el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan <sup>(12)</sup>.

De las entrevistas a profundidad se identificaron algunas creencias en las mujeres participantes, una de ellas comenta: "mire yo digo (que el cáncer) viene de aseo personal, creo, falta de cuidado. Yo oigo decir que tal vez viene de pastilla, a veces del medicamento que uno usa para planificar, las inyecciones, las pastillas, tal vez porque por parte que viene las infecciones..."

Otros de tanto tener hijos, porque la matriz de uno se estira y después no se compone". La asociación del cáncer a los métodos anticonceptivos es una creencia contraproducente para los programas de planificación familiar especialmente en un país con alta tasa de fecundidad y de natalidad y de nuevo denota que las estrategias de comunicación y educación en salud no han sido efectivas al menos en la población entrevistada.

Otra creencia para la etiología del cáncer cervicouterino fue la asociación al consumo de alimentos: "He oído que a las mujeres les pega mordiscos en el vientre, sólo eso he oído. También me han dicho que es porque cuando uno tiene niños no se cuida, tal vez comen huevo, comen cosas dañinas".

En un estudio realizado en Uganda algunas mujeres expresaron: "Digo que la anticoncepción causa cáncer de cuello uterino porque cuando comienzas a usar pastillas, te encuentras sangrando tanto que significa que te afectan mucho, sangras y sangras sin recibir tratamientos" Otras mujeres que participaron en esta investigación atribuyeron el cáncer de cuello de útero a los alimentos que comían y su preparación (13).

En San José Jinotega la líder de salud comenta cómo existen algunas comunidades que dan una explicación mágica religiosa al padecimiento: "Los de la religión evangélica dicen que es hechizo el que hacen. Hace poco me di cuenta de que murió una muchacha joven, que murió de cáncer y el pastor evangélico le dijo que era hechizo

. "Pero todo mundo no cree, ellos dicen era a cáncer y del cáncer nadie se capeya. Esa muchacha era joven de 25 a 30 años, que hasta trabajaba en un banco." A lo largo de la historia siempre hubo una enfermedad que para la gente tenía connotaciones mágicas, demoníaca o sagrada: en el tiempo de Hipócrates era la epilepsia; en la antigüedad, la lepra; en la edad media; la sífilis y en la actualidad es el cáncer la enfermedad "tabú," es decir prohibida o restringida (14).

"Se dio un caso en otra comunidad que como el marido era así de otra religión evangélica, él dijo que Dios curaba y se murió la señora y como ella no salía a buscar tratamiento." Las creencias que influyen para la no realización del PAP en la comunidad de Isidriño Estelí una líder nos comentaba: "Alguien me dijo a mí, que yo digo que eso es falso porque ninguna enfermera ni que trabaje ni brigadista porque ya somos capacitados, me dijo que le dijeron...no vayas a dejar que te saquen la matriz porque después ya no te la acomodan, pero ¿para que te la van a sacar la matriz? le dije, no seas loca y le expliqué cómo es que hacen el examen.

Con relación al tratamiento del cáncer cervicouterino en la comunidad de san José Jinotega, mencionaban la fruta guanábana como agente terapéutico: "comiendo bastante guanábana, o haciendo fresco licuado ayuda bastante, (también) los óvulos para evitar la infección en el puesto de salud"

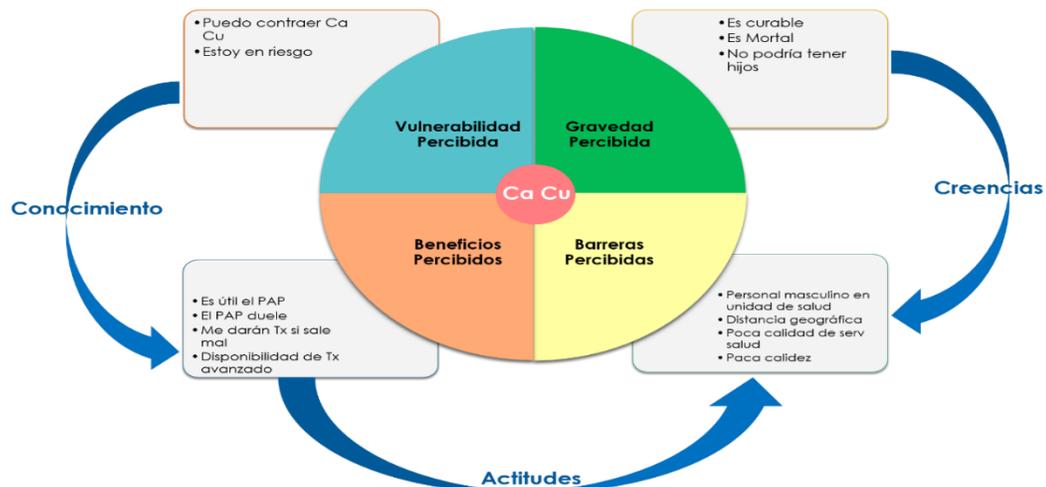


Figura 2. Modelo de creencias de Salud adaptado al cáncer cervicouterino. Basado en (12). Adaptado por los autores.

## Actitudes hacia el cáncer de cérvico uterino

### Fatalismo ante el diagnóstico

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico por el haz de malos augurios que trae su nombre, es vista como un presagio, no sólo de proceso doloroso y muerte, sino también de mutilación. Se admite que el cáncer es una enfermedad grave, con elevada mortalidad, pero existen otras padecimientos tan graves y tan frecuentes como él. El tabú y los mitos alrededor del cáncer son tan arraigados que es la única enfermedad donde se le niega la verdad a los pacientes, aquellos que son curados se desconocen por la población o se consideran diagnosticados erróneamente <sup>(15)</sup>.

Las expresiones en las mujeres en estudio relacionadas a esto fueron:

*"Es una enfermedad muy peligrosa... me preocupa porque se dice que es una enfermedad mortal... ya no tengo cura."*

*"Yo ni ando hablando de eso, es una enfermedad terrible."*

*"Yo le digo mire doctora si usted me va a hacer ese examen y me sale algo mejor no me diga nada, ¡Uy! si me dicen que yo tengo eso, no me moriría de eso si no del afligimiento, y a no es la enfermedad que lo mata a uno si no el pensamiento"*

Los líderes de salud confirmaron el temor de las mujeres ante el diagnóstico y cómo las aconsejan para que puedan superar sus miedos: *"yo les digo (deben prevenir), haciéndose el PAP detectan el cáncer y pueden curarse mientras que avanzado, 'no se capella nadie'. Aceptar que tienen el problema, ellas tienen miedo porque se piensa o la persona se psicosea que el que tiene cáncer se muere"*.

Otras actitudes mencionadas por los líderes de salud con su experiencia ante el diagnóstico: *" Si les dicen que tienen cáncer les preocupa porque el tratamiento no llega a la unidad de salud, deben ir a Managua [la ciudad capital] y se les dificulta porque tienen hijos, porque no tienen como viajar."* Es de llamar la atención esta actitud pues sólo se piensa en la forma severa de la enfermedad, que ameritaría tratamiento al más alto nivel resolutivo.

## Actitud de vergüenza ante un posible diagnóstico

Desde sus inicios el cáncer fue visto como un mal atribuido a dioses o demonios, contagioso y hereditario. El paciente portador de cáncer era rechazado por la sociedad. Ya con estos antecedentes se puede comprender el arraigo y el significado del vocablo en la sociedad y como se mantiene a través del desarrollo de la civilización hasta nuestros días <sup>(16)</sup>.

El cáncer cervicouterino al afectar las partes "íntimas" de las mujeres hace que se sientan avergonzadas y expresan sentimientos de vergüenza, preocupación y tristeza, por lo que en las entrevistas expresaban:

*"Me da pena van a pensar que andaba de mujer, atrevida",*

*"Lo más difícil es que le sacan la matriz, y ya quedan sin matriz, y si uno tiene tener más hijos ya sin matriz no puede.",*

*"El dolor que dará a uno, me dará tristeza, desde el momento que le dicen esa enfermedad tiene que ir largo hasta Managua... los niños que tiene uno, tiene que cuidar."*

### Actitudes de poca percepción de riesgo

Según el modelo de creencias en salud la susceptibilidad percibida se refiere fundamentalmente a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo, <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup>. En relación con esa posibilidad estadística las mujeres expresaron:

*"No (puedo llegar a padecer cáncer cervicouterino) suelo cuidarme bastante."*

*"No... mi familia tiene otras enfermedades, mi mama murió de diabetes, por nada más. Y yo me cuido".*

*"No me preocupa. Solo he estado con un hombre."*

*"Fíjese que no me preocupa, yo vivo confiada, sólo confío en Dios. Usted sabe que Dios mira al pobre con más fidelidad. Yo soy una mujer sufrida y no padezco de nada. Me levanto oscuro a las 4 am y a las 5 am ya voy al trabajo".*

## Actitud hacia los Servicios de Salud

Una de las frases más relevantes al referirse al diagnóstico o al tratamiento del cáncer fue: *"primero Dios y a veces los doctores"*. Se observó en las mujeres entrevistadas cierta negación a realizarse el examen si este fuese realizado por personal de salud masculino: *"No me gusta (el personal masculino) mucho atrevimiento, porque un hombre te morbosea"*, otras mujeres se rehusarían a realizárselo y refieren que solamente en caso de emergencia o un parto se dejarían ser atendidos por un varón.

En la comunidad de san Gabriel la líder de salud expresó: *"Es importante, pero a veces no les gusta porque es un varón y nos buscan a nosotros para que les apoyemos a que sea una doctora o enfermera que se los haga, por ejemplo en la móvil es una doctora la que llega. Al inicio no les gustaba porque a veces salen los resultados con infecciones de transmisión sexual y hay varones que tienen otras mujeres y había problemas con las esposas, pero ahora van poco a poco cambiando de parecer al ver que las mujeres se enferman, porque no solo sale cáncer en el examen sino otras enfermedades y medicándose a tiempo es bueno."*

Las barreras percibidas tanto para el examen de papanicolaou o como para el tratamiento fueron expresadas de la siguiente manera por la líder de salud de la comunidad de San José Jinotega:

*"El papanicolaou lo hacen diario, es raro que no esté la muchacha (enfermera)". "Dilata (demora) bastante el resultado, dos a tres meses... Hace poco se presentó una señora que en el PAP le había salido el virus. Mira me salió un problema grande y me voy a ir al mero Jinotega a buscar un ginecólogo para que esto no me vaya a avanzar. Y como ella tenía posibilidades buscó médico y tratamiento. El problema es que la ginecóloga llega al mes y se llena. Pero imagínese estar con hemorragia y esperando y algotras que tiene que esperar dos a tres meses por una cita"*

Las mujeres participantes del estudio expresaron que la actitud de la pareja en general fue positiva sólo una mujer prefería ocultarle a su marido y dos mujeres de Chinandega fueron muy abiertas al expresar los problemas de pareja que esto represen-

*taba: "Que estoy loca, que voy a dejar tocar por alguien, que él no conoce, por eso él no me deja hacérmelo."*

Según todo lo analizado de las entrevistas realizadas, el conocimiento inadecuado sobre las causas del Cáncer Cervicouterino puede hacer que una mujer no acuda a controles periódicos, además desconocen el flujo de búsqueda de atención en el sector público de Salud lo cual también influye para la demora en búsqueda de tratamiento oportuno.

La evidencia de creencias negativas en las mujeres de las comunidades respecto a que las causas del Cáncer de cuello uterino son por uso de anticonceptivos y que se asocia a consumo de alimentos y /o explicaciones mágico-religiosas puede entorpecer la acción preventiva y puede influenciar a las mujeres a dejar su salud a la deriva. Las actitudes fatalistas y de vergüenza y tristeza hacen que las mujeres vean la muerte como un destino inevitable ante una patología que claramente puede ser prevenida y tratada en estadios precoces. Además, la actitud de poco riesgo y de que cuentan con la protección divina de nuevo puede influenciar a un comportamiento poco beligerante para la búsqueda de atención médica.

Las actitudes de poca confianza en los servicios de salud por la no entrega oportuna de resultados, por la poca calidez del personal; entorpece la búsqueda la búsqueda preventiva de atención médica. Todo lo anterior evidencia que los conocimientos, creencias y actitudes son determinantes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades socioculturalmente complejas, conforme a la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) (ver Figuras 3 y 4).<sup>(19)</sup>

Finalmente, podemos evidenciar la influencia negativa del poco conocimiento, las creencias populares y las actitudes fatalistas como barreras para la realización del PAP incluso en los líderes de salud y parteras ya que contribuyen a que las mujeres no tengan percepción de riesgo para contraer la enfermedad ni que utilicen el Papanicolaou como un examen de diagnóstico precoz para acceder a los servicios de salud oportunamente.

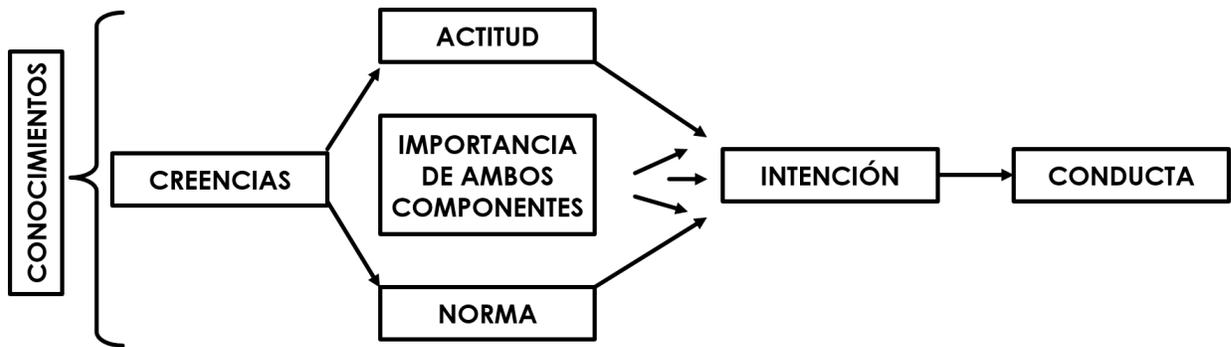


Figura 3. Esquema de la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)

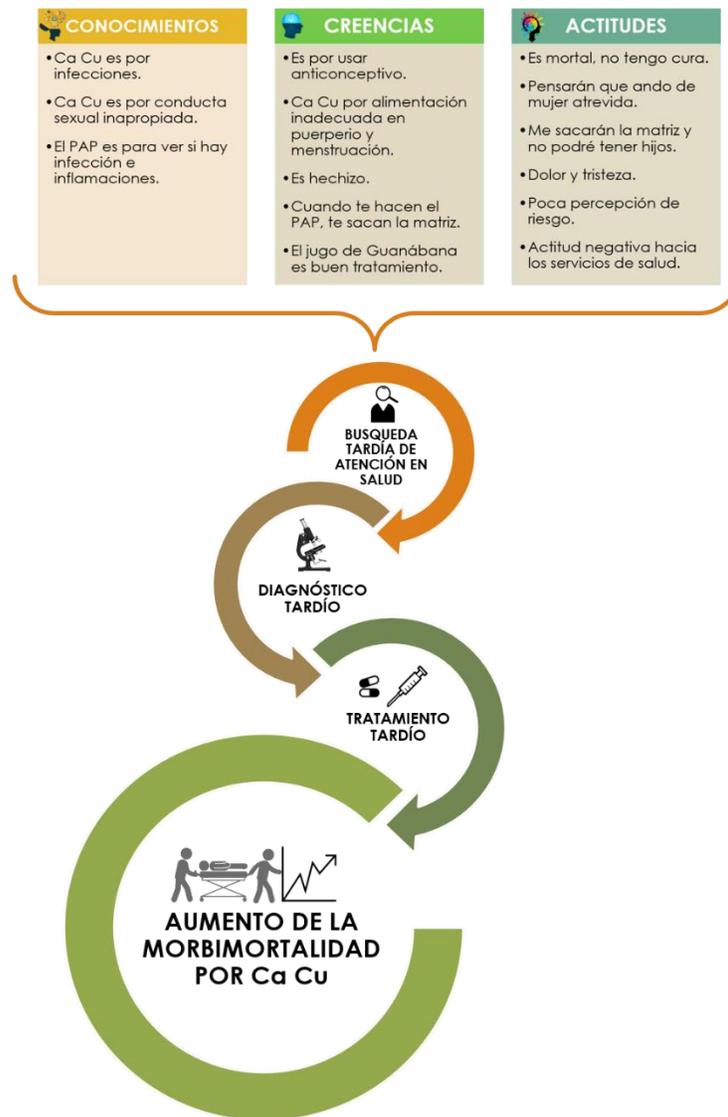


Figura 4. Influencia de los conocimientos actitudes y creencias de las MEF entrevistadas en Jinotega, Estelí y Chinandega, Nicaragua sobre cáncer de cuello uterino.

## Financiamiento

Autofinanciado

## Conflictos de Interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2018 septiembre 10. Available from: [www.paho.org/cancer](http://www.paho.org/cancer).
2. Ministerio de Salud de Nicaragua. Diez primeras causas de mortalidad en Nicaragua. Managua: MINSAP, Managua; año 2015.
3. Berger PL. Construção social da realidade. Petrópolis, RJ: Vozes. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
4. Gutiérrez JD. La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito Psicosocial. *Psiquiatría pública*. 1998;; p. 10(4), 211-219.
5. Husserl E, Heidegger. Psychological and trascendental phenomenology and the confrontation with Heidegger (1927-1931). In Husserl E, Heidegger.. Dordrech: Kluwer: e. and trans. T. Sheehan; 1997.
6. López CA, Calderón , González. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Médica Risaralda*. 2013 Enero; 1(19): p. 14-20.
7. Weeks J. Sexualidad. Mexico. Editorial Paidós Mexicana. 1998.
8. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. España, Santillana.. 1996.
9. Vidaurreta M. Historia. En: Nociones y reflexiones sobre el cáncer. 1983;; p. p.5-14.
10. de García et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud*. 2008 Diciembre; 6(2): p. vol.6 no.2.
11. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la facultad de medicina*. 2007 Marzo; 68(1).
12. Kirscht J. The health belief model and predictions of health actions. En Ds Gochman (Ed.). *Health behavior: emerging research perspectives*. 1998;; p. 27-41.
13. Ndejjo , Mukama , Kiguli , Musoke. Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: a qualitative study. *BMJ Journals*. 2017 june; 7(2).
14. MINSAP. Programa Nacional de Control de Cáncer. Ministerio de salud pública Cuba. 1994.
15. Rodríguez C. Necesidad de los programas de control de cáncer. MINSAP Cuba. 2000.
16. Sansó FJ, Alonso P, Torres RM. Las posibilidades de reducción de la mortalidad por cancer en Cuba: análisis para un programa nacional. *Revista Cubana de Oncología*. 2010 Enero-Marzo; 36(1): p. 101-30.
17. Janz N, Becker M. The health belief model: A decade later. *Health education Quarterly*. 1984; 11: p. 1-47.
18. Rosenstock I. Historical origins of health belief model. *Health education Monographs*. 1974; 2: p. 328-335.
19. Fishbein M. Razonemos las acciones. [Online].; 2010 [cited 2018 noviembre 02. Available from: <https://razonazonada.wordpress.com/tag/fishbein/>.

### Correspondencia:

Karen Herrera Castro

Email: [herrerakarevanessa@gmail.com](mailto:herrerakarevanessa@gmail.com)