

Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje:

Estudio transversal en una comunidad pobre

DRS. MIRIAM CASTRO¹, ROSALIA MORFIN¹, SIXTO E. SÁNCHEZ², JOSÉ ROCA³, EDMUNDO SÁNCHEZ³, MICHELLE A. WILLIAMS⁴

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la asociación entre el nivel de conocimientos sobre cáncer cervical y Papanicolaou (Pap) con el miedo, estrés o vergüenza asociados a este tamizaje. **DISEÑO:** Estudio descriptivo transversal, prospectivo basado en comunidad. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Usando muestreo aleatorio por conglomerados, se entrevistó mujeres de una comunidad pobre de Lima, evaluando su nivel de conocimientos sobre cáncer cervical y Papanicolaou y su percepción sobre este tamizaje. Se usó chi cuadrado, Odds ratios, intervalos de confianza al 95 % y regresión logística para evaluar la asociación en el estudio. **RESULTADOS:** De 300 mujeres entre 18 y 50 años, 20% había tenido su último Pap hacía más de dos años y 20% nunca se lo había realizado; 57 (19%) mujeres refirieron tener mucho miedo, estrés o vergüenza al tamizaje, lo cual estuvo asociado a ser adolescente (OR 5,5, IC95% 1,8-16,9), tener cinco o menos años de vivir en Lima desde haber llegado del interior del país (OR 2,6, IC95% 1,3-5,2), no haber tenido pareja sexual durante el último año (OR 2,1, IC95% 1,1-7,6), no embarazos previos (OR 3,1, IC95% 1,2-8,0), no tener Pap previo (OR 4,7, IC95% 1,9-8,7) y el bajo o regular conocimiento sobre el Papanicolaou o el cáncer de cérvix (OR 4,1, IC95% 2,2-7,9). Durante el análisis multivariado, persistieron asociados el ser adolescente y el bajo o regular nivel de conocimiento sobre el Pap y el cáncer de cérvix. **CONCLUSIÓN:** Se recomienda informar a la comunidad sobre la prueba de Pap y cáncer cervical para mejorar las actitudes negativas asociadas al tamizaje.

PALABRAS CLAVE: Cáncer cervical; Papanicolaou; Nivel de conocimiento; Actitudes y prácticas.

Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):94-99

ABSTRACT

OBJECTIVE: To examine the association between the levels of Papanicolaou (Pap) test and cervical cancer knowledge with fear, stress, or shame related to these. **DESIGN:** A simple random sample of all households within the community was conducted. **MATERIAL AND METHODS:** A survey was administered to women in a low socioeconomic community of Lima, Peru. Chi square analysis, odds ratios and 95% confidence intervals were used to measure association of the variables studied with fear, stress, or shame. Logistic regression was used to control for confounding variables. **RESULTS:** From 300 women interviewed ages between 18 and 50, 20% had their last Pap test over two years ago and another 20% had never had a Pap smear. Nineteen percent (57) of women reported a high level of fear, stress, or shame to the Pap test and cervical cancer, all associated to adolescence (OR 5.5, CI95% 1.8-16.9), living in Lima 5 years or less (OR 2.6, CI95% 1.3-5.2), no sexual partner during the last year (OR 2.1, CI95% 1.1-7.6), no pregnancies (OR 3.1, CI95% 1.2-8.0), never having a Pap test

(OR 4.7, CI95% 1.9-8.7), low or fair knowledge on Pap smear or cervical cancer (OR 4.1, CI95% 2.2-7.9). With multivariate analysis the correlation of being adolescent and low or fair knowledge on Pap and cervical cancer persisted. **CONCLUSION:** We suggest a community-based intervention informing the community about Pap smear and cervical cancer in order to improve negative perception of the Pap screening.

KEYWORDS: Cervical cancer; Pap test; Knowledge, attitudes and practices.
Rev Per Ginecol Obstet 2005;51(2):94-99

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un importante problema de salud pública en el mundo⁽¹⁾, particularmente en países en desarrollo como el Perú. La incidencia de cáncer cervical en Lima, en 1997, fue 27,3 por 100 000⁽²⁾. La mortalidad por este daño es difícil de evaluar, no existiendo aun un registro nacional de cáncer en el Perú. Se calcula un porcentaje de subregistro de 52,9% y la proporción de muertes atribuida a signos y síntomas y condiciones mal definidas relacionadas con cáncer de cérvix es 31,7%⁽³⁾.

1 Programa MINT, Universidad de Washington, Seattle, EE.UU.

2 Oficina de Epidemiología, Hospital Nacional Dos de Mayo,

3 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Dos de Mayo,

4 Center for Perinatal Studies, Swedish Medical Center, Seattle, WA, EE.UU.

Correspondencia: Sixto E. Sánchez Ibañeta: sixtosan@yaho.com. Tel.: 9-757-5787,

Estudio financiado por el Programa MINT de la Universidad de Washington, EE.UU.



Del total de neoplasias malignas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), entre 1985 y 1997, 29,1% correspondió a cáncer cervical⁽⁴⁾. Las pacientes tratadas en esta institución, procedentes de todo el país, tienen en general estadios avanzados de esta enfermedad, por lo que no representan los casos de cáncer cervical existentes en todo el país. La Liga Peruana Contra el Cáncer encontró que 80% a 86% de las mujeres diagnosticadas de neoplasia cervical entre 1953 y 1994 tuvieron estadios avanzados⁽⁵⁾.

En 1996, el Ministerio de Salud impulsó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, teniendo como uno de sus objetivos principales incrementar la proporción de mujeres tamizadas con la prueba de Papanicolaou⁽⁶⁾, lo cual tendría como efecto el disminuir la incidencia del cáncer de cérvix y la mortalidad producida por esta patología en el Perú⁽⁷⁾.

La prueba de Papanicolaou está rodeada de una serie de prejuicios e inadecuadas percepciones, especialmente en ciertos grupos de mujeres. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la presencia de temor, estrés y vergüenza a realizarse el Papanicolaou con algunas variables, principalmente el nivel de conocimiento acerca de esta prueba y del cáncer cervical.

Los objetivos secundarios fueron el conocer el grado de utilización del Papanicolaou y los factores de su subutilización, con la finalidad de sugerir estrategias tendientes a mejorar la utilización de este tamizaje y así disminuir el problema del cáncer cervical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se usó un diseño transversal prospectivo basado en la comunidad. La población de estudio estuvo constituida por los habitantes de los grupos 6 y 7 de la comunidad de Motupe (y sus asentamientos aledaños). Motupe es una localidad del distrito de San Juan de Lurigancho, el distrito más poblado de Lima Metropolitana. Se seleccionó esta comunidad dado su estado socioeconómico bajo y al apoyo de sus dirigentes de salud. El estudio se llevó a cabo entre julio y agosto de 2001. Se incluyó mujeres entre 18 y 50 años y se excluyó sólo a quienes tenían problemas para hablar español o algún grado de incapacidad mental. Se usó muestreo por conglomerados. Si en la vivienda elegida no existía una mujer elegible, se pasaba a la casa de la derecha.

Dos entrevistadoras capacitadas dirigieron las entrevistas y fueron apoyadas por dos promotoras de salud de la comunidad. Luego de un consentimiento oral, la participante era programada para ser entrevistada el día siguiente. Se usó una entrevista estructurada conteniendo información acerca de características demográficas, sexuales y reproductivas, historia de despistaje de Papanicolaou, conocimiento acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical, presencia de temor, estrés o ver-

güenza asociados con este despistaje y algunas preguntas relacionadas a la satisfacción con el sistema de salud.

Los datos fueron ingresados y analizados usando SPSS 10 para Windows. Se hizo un análisis descriptivo y bivariado usando chi cuadrado, odds ratios e intervalos de confianza al 95% (IC 95%), para evaluar la asociación entre el grado de conocimiento acerca del cáncer cervical y la prueba del Papanicolaou con el miedo, el estrés o la vergüenza al despistaje.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis multivariado usando regresión logística, donde la variable dependiente fue la presencia de estrés, miedo o vergüenza a tomarse una muestra para Papanicolaou y como variables independientes el conocimiento acerca del Papanicolaou y el cáncer cervical y otras variables independientes potencialmente confusoras.

RESULTADOS

Se entrevistó un total de 300 mujeres. La Tabla 1 muestra algunas características demográficas. La edad promedio fue 31 años. El 15% era adolescentes y 17% tenía 40 años o más. Sólo 18% de las participantes había nacido en Lima y el resto mayormente en los departamentos de la sierra central del Perú. El promedio de años de estudios fue 7,9 años, 36,3% tenía primaria o menos o era analfabeta y sólo 29% había completado secundaria o tenía algún estudio superior. Dos tercios de las participantes referían no tener una ocupación y 58,7% del total era ama de casa. Dividiendo el ingreso familiar total entre el número de miembros de la familia que vivían en la vivienda entrevistada, se obtuvo un promedio de ingreso *per cápita* de 93 ± 75 (1 DE) soles por cada miembro de la familia.

Tabla 1. Características demográficas de las 300 participantes entrevistadas.

Características	n=300	%
■ Edad (años)		
- 18-19	13	14,9
- 20-29	118	39,3
- 30-39	118	39,3
- 40-50	51	17,0
■ Años viviendo en Lima		
- < 5 años	37	12,3
- 5 a 14 años	95	31,7
- 15 a 24 años	103	34,3
- ≥ 25 años	65	21,7
■ Estado civil		
- Soltera	41	13,7
- Casada	76	25,3
- Conviviente	172	57,3
- Separada, divorciada, viuda	11	3,7
■ Empleo		
- No empleada	200	66,7
- Empleada	100	33,3



La Tabla 2 muestra las características sexuales y obstétricas de las participantes del estudio y la Tabla 3 muestra datos relacionados al despistaje del cáncer cervical. El promedio de pruebas de Papanicolaou tomadas durante el transcurso de sus vidas fue 2,6 veces. El 20 % de las participantes había tenido su último Papanicolaou hacía más de dos años y otro 20% no se había tomado jamás una prueba de Papanicolaou. En estas últimas mujeres, la principal razón de no haberse tomado un Papanicolaou (23,1%) fue la falta de conocimiento de lo que esta prueba significaba. En las mujeres que informaban haberse tomado un Papanicolaou pero antes de los dos últimos años, el no considerar esta prueba como importante fue la principal razón. De las mujeres que nunca se habían realizado un Papanicolaou, un 25% refirió al miedo o vergüenza como razones para no realizarse esta prueba. Un importante número (26,3%) de las participantes que se había tomado un Papanicolaou no había recibido el resultado. En 36,5%, este hecho se debió a que el informe no estuvo disponible cuando se las citó para recogerlo y en 8% debido a que el establecimiento de salud había

perdido el resultado. El 77% refirió que la información acerca del despistaje del cáncer la habían obtenido principalmente en los establecimientos de salud.

La Tabla 4 muestra los factores asociados a la excesiva sensación de miedo, estrés o vergüenza a realizarse un Pap, tanto en las mujeres que ya habían tenido algún Pap como en las mujeres que nunca se había practicado esta prueba. Se muestra los OR, intervalos de confianza y el valor de p; tanto en el análisis bivariado como el multivariado.

Con respecto a la asociación más importante, objetivo del estudio, se encontró que las participantes con bajo o regular conocimiento acerca del Pap, tuvieron 4,1 mayor probabilidad de tener actitudes negativas de miedo, estrés o vergüenza para la toma del Pap y esta diferencia fue significativa (IC95% 2,2-7,9), lo que persistió en el análisis multivariado (OR 3,2, IC95% 1,6-6,4). Esta relación guardó una tendencia lineal significativa ($p < 0,001$) en las mujeres que se habían realizado previamente un tamizaje.

Tabla 2. Características sexuales y obstétricas de las participantes

Características	n = 300	%
■ Edad a la primera relación sexual		
— Nunca tuvo sexo	10	3,3
— Menos de 15	21	7,0
— 15 a 19 años	187	62,3
— 20 a 24 años	58	19,3
— 25 o mayor	23	7,7
— Refusó a responder	1	0,3
■ Número de compañeros sexuales en el último año		
— Ninguno	26	8,7
— Uno	243	81,0
— Dos o más	31	10,3
■ Número de embarazos		
— Ninguno	20	6,7
— Uno o dos	135	45,0
— Tres o más	145	48,3
■ Recibió algún control durante su último embarazo		
— Sí	242	80,7
— No	35	11,7
— No aplicable	23	7,6
■ Lugar de atención de último parto		
— Casa con partera	40	13,3
— Casa con profesional	17	5,7
— Establecimiento privado	27	9,0
— Centro de salud	26	8,7
— Hospital	157	52,0
■ Uso de anticonceptivos		
— No	117	39,0
— Hormonal	85	28,3
— DIU	33	11,0
— Cordón	24	8,0
— Otros métodos	24	8,0
— Métodos naturales	16	5,3
— No entiende la pregunta	1	0,3

Tabla 3. Uso del Papanicolaou y otros aspectos relacionados al despistaje de las participantes

Respuesta	n = 300	%
■ Uso del Pap		
— Nunca se tomó un Pap	60	20,0
— Se tomó último Pap en los últimos 2 años	179	59,7
— Se tomó último Pap hace más de 2 años	60	20,0
— No recuerda fecha de último Pap	1	0,3
■ Razones de nunca haberse tomado un Pap		
— No conoce qué es el Pap	15/65	23,1
— Miedo al procedimiento	10/65	15,4
— Falta de tiempo	7/65	10,8
— Demasiada vergüenza	6/65	9,2
— Otras razones	27/65	41,5
* Cinco mujeres dieron 2 respuestas a esta pregunta		
■ Razones de no tener Pap en los últimos 2 años		
— No lo considera importante	17/64	26,6
— Falta de tiempo	9/64	14,1
— Solo busca cuidado de salud si se siente enferma	8/64	12,5
— Mala experiencia anterior	7/64	10,9
— Otros	23/64	35,9
* Seti mujeres dieron 2 respuestas a esta pregunta		
■ Recibió resultado de último Pap		
— Sí	177/240	73,8
— No	63/240	26,3
■ Razones de no haber recibido resultado de último Pap		
— No estuvo disponible cuando regresó a recogerlo	23/63	36,5
— Ella no regresó a recogerlo	19/63	30,2
— No se le dijo que tenía que venir a recogerlo	6/63	9,5
— Se perdió el resultado en el establecimiento de salud	5/63	7,9
— Otras razones	10/63	15,9
■ Fuente de información acerca del Pap		
— Establecimiento de salud (centro de salud u hospital)	245/318	77,0
— Conversación con amigos	25/318	7,9
— Familia	13/318	4,1
— Otras fuentes	35/318	11,0
* 8 mujeres dieron más de una respuesta a esta pregunta		

Tabla 4. Variables asociadas al miedo, estrés o vergüenza a tomarse un Pap en todas las participantes (hubieran o no haberse realizado un Pap previamente)³

Variables	Gran miedo, estrés o vergüenza (n= 57)		Poco o no miedo, estrés o vergüenza (n= 140)		Univariado			Multivariado ^{***}		
	N	%	N	%	OR	(95%IC)	P	OR	(95%IC)	P
■ Edad										
- 18 a 19	7	12,3	6	2,5	5,5	(1,8-16,9)	0,001	5,6	(1,3-24,8)	,02
- 20 a 50	50	87,7	234	97,5	Referencia					
Edad promedio ± DE **	31,5 ± 9,1		31,3 ± 7,7							
■ Tiempo viviendo en Lima										
- 5 años o menos	16	28,1	31	12,9	2,6	(1,3-5,2)	0,005	1,5	(,7-3,2)	,3
- Más de 5 años	41	71,9	209	87,1	Referencia					
Promedio ± DE **	14,3	11,1	16,9	9,7			,06			
■ Nivel de educación										
- Primaria o menos	26	45,6	81	33,8	1,6	(,9-2,9)	,09	1,4	(,7-2,8)	,3
- Más que primaria	31	54,4	159	66,2	Referencia					
■ Estado civil										
- Soltera	11	19,3	30	12,5	1,7	(,8-3,6)	,2	,4	(,1-1,6)	,3
- Otro	46	80,7	210	87,5	Referencia					
■ Número de parejas sexuales durante último año										
- 0	9	15,8	16	6,7	3,0	(1,1-7,9)	0,01	2,1	(,6-8,0)	,3
- 1		39	68,4	202	84,2	Referencia				
- 2 o más	9	15,8	22	9,2	2,1	(,8-5,3)	0,07	1,7	(,7-4,3)	,3
■ Previos embarazos										
- Ninguno	8	14,0	12	5,0	3,1	(1,3-8,0)	,01	2,6	(,6-12,2)	,2
- Uno o más	49	86,0	228	95,0	Referencia					
■ Papanicolaou realizados en la vida										
- Ninguno	20	35,1	37	15,4	4,7	(1,9-11,5)	0,000	2,0	(,7-5,0)	,7
- Uno	25	43,9	98	40,8	2,2	(1,2-3,0)	0,03	1,4	(,6-3,3)	,2
- Dos o más	12	21,1	105	43,8	Referencia					
■ Nivel de conocimiento sobre Pap										
- Bajo o regular	41	71,9	91	37,9	4,1	(2,2-7,9)	0,000	3,2	(1,6-6,4)	,001
- Alto	16	28,1	149	62,1	Referencia					

* Se excluyeron los que respondieron "no sé".

** Usando prueba t.

*** Análisis multivariado se hizo controlando para las variables edad (adolescentes o no), tiempo que viven en Lima (5 años o menos, más de 5 años), nivel de educación (primaria o menos versus más que primaria), sexo alguna vez (sí o no), número de compañeros sexuales en último año (0, 1, 2 o más), embarazos previos (ninguno, uno o más), antecedente de aborto (sí o no), Papanicolaou tomados en toda la vida (ninguno, uno, dos o más) y nivel de conocimiento sobre Pap (bajo o regular versus alto).

Cuando se hizo un subanálisis de sólo las mujeres que habían gestado alguna vez, las mujeres que durante su último parto se habían atendido en un establecimiento de salud tuvieron significativamente mayor probabilidad de tener actitudes negativas al Papanicolaou en comparación con las que se atendieron particularmente con un profesional.

Otros hallazgos fueron los siguientes: el mejor conocimiento de las mujeres con respecto al Papanicolaou y cáncer cervical estuvo asociado linealmente al hecho de haberse tomado mayor número de pruebas de Papanicolaou en la vida ($p < 0,001$), el número de embarazos ($p < 0,05$) y el nivel de educación ($p < 0,001$), pero no con la edad de las participantes ($p > 0,3$). El número de pruebas de Papanicolaou tomados en la vida de la participante estuvo negativamente asociado ($p < 0,001$) con el miedo a ir al establecimiento de salud a tomarse una prueba de Papanicolaou y positivamente ($p < 0,05$) con la satisfacción de la usuaria con la atención que recibía en su establecimiento de salud.

DISCUSIÓN

Los hallazgos más importantes de este estudio fueron: 1) la mayoría de mujeres que nunca se había tomado una prueba de Papanicolaou desconocía el significado de esta prueba; 2) la mayoría de mujeres con antecedente de haberse tomado un Papanicolaou pero antes de los dos últimos años, no consideraba esta prueba como de gran importancia; 3) el buen conocimiento acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical estuvo relacionado a altos niveles de educación, al hecho de haber tenido más embarazos y a haberse practicado mayor número de pruebas de Papanicolaou previamente; 4) la presencia de miedo, estrés o vergüenza al tamizaje estuvo asociado a ser adolescente, haber venido desde el interior del país en los cinco últimos años, no haber tenido pareja sexual durante el último año, no embarazos previos, no Papanicolaou previo y el bajo o regular



conocimiento del Pap y del cáncer de cérvix. Durante el análisis multivariado, persistieron asociados el ser adolescente y el bajo o regular nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou y el cáncer de cérvix.

En esta población, es evidente que el contacto continuo con el sistema de salud aumentó el nivel de conocimiento de algunas mujeres con respecto al cáncer cervical y a la prueba del Papanicolaou. Este hallazgo sugiere la importancia que tiene el informar a las mujeres acerca de estos temas mientras asisten a su control prenatal o a sus visitas de planificación familiar o a atenderse por alguna molestia. Sin embargo, esto no se hace regularmente debido al escaso tiempo que los profesionales de salud brindan durante la atención de sus pacientes. Es lamentable que aun exista un grupo de mujeres que no usa los servicios de Planificación Familiar o de control prenatal y por lo tanto no tiene la oportunidad de conocer acerca del Papanicolaou o cáncer cervical, lo cual las coloca en riesgo de morir.

Nuestros hallazgos también sugieren que la falta de conocimiento del Papanicolaou lleva a una baja utilización del tamizaje para cáncer cervical. Este resultado es compatible con estudios en mujeres mexicanas, en el que la falta de uso del Papanicolaou estuvo relacionada al poco conocimiento de la prueba (OR 35,2)⁽⁸⁾. Según los resultados del estudio, los establecimientos de salud son la principal fuente de información en este tema y existiendo una gran proporción de mujeres que no tiene buen conocimiento acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical, se infiere que estos establecimientos son poco eficaces en informar a las mujeres acerca de estos temas.

Un mayor número de Papanicolaous tomados previamente disminuyó la probabilidad de tener actitudes negativas con respecto a su toma, lo cual es un tanto lógico debido a la desaparición de los temores existentes antes de la toma del primer Papanicolaou, mientras que las pacientes que nunca se habían tomado un Papanicolaou tenían significativamente mayor probabilidad de tener actitudes negativas. Entonces, es necesario trabajar más en educación de las mujeres jóvenes que nunca se han tomado un Papanicolaou, de tal manera que se despojen de sus temores y así aumentar la cobertura del Papanicolaou y por ende diagnosticar precozmente el cáncer de cérvix y evitar muertes por esta causa. El bajo nivel de conocimientos fue la principal causa de la actitud negativa para la toma de la prueba de Papanicolaou. Esto supone que, mejorando el conocimiento con respecto a esta prueba en las mujeres de esta población, mejoraremos sus actitudes con respecto al tamizaje, lo que permitirá mejorar las coberturas de despistaje del cáncer de cérvix.

Nuestros hallazgos indican que aquellas mujeres con menor estrés o miedo para tomarse un Papanicolaou, aparte de tener mejor conocimiento sobre esta prueba y sobre el cáncer

de cérvix, estaban más dispuestas a tener despistajes en el futuro, lo cual fue también mostrado por Lobell y colegas⁽⁹⁾. Estos autores sugieren que, para disminuir la ansiedad asociada al Papanicolaou y cáncer de cérvix, se debe educar mayormente en aspectos preventivos y del tratamiento de formas precoces, en lugar de conversar sobre los estadios avanzados de la enfermedad. Es llamativo que la mayoría de mujeres que refería sentir miedo (18,8% de las participantes) a ir al centro de salud u hospital para recibir un Papanicolaou, decía que su miedo se debía al temor de estar enfermas o tener cáncer. Si las mujeres fueran informadas efectivamente acerca de esta enfermedad y se evitara el causarles miedo o estrés, ellas estarían más dispuestas a buscar cuidado preventivo. Finalmente, llama mucho la atención el hecho de que la cuarta parte de las participantes no recibió el resultado de la prueba, y la principal causa fue el no haber estado disponible el resultado cuando se las citó para recogerlo. Esto denota la baja calidad de los servicios de salud en este aspecto.

En conclusión, la falta de conocimiento acerca del Papanicolaou y del cáncer cervical está relacionado al miedo y estrés de tomarse un Papanicolaou. Esto está produciendo una subutilización de los servicios de prevención del cáncer de cérvix. Por otra parte, es preocupante que casi la cuarta parte de las mujeres no recibe los resultados de sus pruebas de Papanicolaou debido mayormente a que no están disponibles en el tiempo acordado o a la pérdida de los resultados. La efectividad del programa de despistaje del cáncer debe ser cuestionada, evaluada, para dar paso a un programa más eficaz.

Los autores de este estudio sugieren la implementación de un programa de intervención comunitaria que llegue especialmente a aquellas mujeres que exhiben patrones de subutilización del sistema de salud y quienes tienen menores niveles de educación. Este programa educativo debería considerar mayormente aspectos de prevención y tratamiento del cáncer de cérvix. El programa debe trabajar con la red de promotoras en salud, quienes existen en muchas comunidades, como en la que se realizó el presente estudio. Las promotoras trabajan voluntariamente y no reciben recursos ni mayor apoyo del Ministerio de Salud para cumplir sus funciones de promoción de la salud y de prevención de daños, como lo es en este caso el cáncer de cérvix.

AGRADECIMIENTOS

Queremos reconocer y agradecer el apoyo de la Sra. Mila Aldave y la Sra. Lucy Usaqui, dos promotoras de salud dentro de la comunidad de Motupe donde este estudio fue llevado a cabo. Sin cuyos aportes no hubiera sido posible el desarrollo del estudio.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eluf-Neto J, Ramalho-Nascimento CM. Cervical cancer in Latin America. *Semin Oncol* 2001;28(2):188-97. Review.
2. Parkin DM, Whelan SK, et al (eds). *Cancer Incidence in Five Continents*, vol VII. Lyon, France: IARC Scientific Publication N° 143. 1997.
3. Robles SC, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1996;30(4):290-301.
4. Liria-Domínguez MP, Matutti EA. *Epidemiología descriptiva de neoplasias malignas*. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima. 2000: 15-25.
5. [No authors listed]: Program for the control of cervical cancer in Peru. *Bull Pan Am Health Organ* 1996;30(4):413.
6. Ministerio de Salud. *Acerca del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. <http://www.minsa.gob.pe>
7. Restrepo H. *Cáncer de la Mujer en América Latina y el Caribe: epidemiología y control*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 1992.
8. Hernandez-Hernandez DM, Garcia-Elizondo MR, Ornelas-Bernal L, et al. Factors associated with non-use of Pap test. A population survey. *Arch Med Res* 1998;29(3):263-70.
9. Lobell M, Bay RC, Rhoads KV, Keske B. Barriers to cancer screening in Mexican-American women. *Mayo Clin Proc* 1998;73(4):301-8.