

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA



CONOCIMIENTO Y CREENCIAS EN SALUD PARA LA REALIZACION DE LA PRUEBA
DE PAPANICOLAOU EN JORNALERAS AGRÍCOLAS MIGRANTES EN SINALOA

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. MARIA TERESA BELTRAN MACARENA

DIRECTORES DE TESIS

DCE. GUSTAVO ALFREDO GÓMEZ RODRÍGUEZ

DCE. JOSE LUIS HERNANDEZ TORRES

LOS MOCHIS, SINALOA, MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2024.



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial
Compartir Igual, 4.0 Internacional



Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONHACYT) por el apoyo brindado durante el transcurso de mi preparación profesional en el programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa y a sus autoridades, por la oportunidad que me brindaron para seguir creciendo en el ámbito académico, de manera personal a la MCIE. Luz Esther Verdugo Blanco, exdirectora de la Facultad de Enfermería Mochis, por motivarme a superar profesional y personalmente. A la DEd. Fabiola Heredia Heredia directora actual de la facultad, por las facilidades otorgadas para poder llevar a cabo y concluir con esta preparación.

A mi director de tesis DCE. Gustavo Alfredo Gómez Rodríguez por su tiempo, dedicación y disposición paciencia para compartir sus conocimientos durante el desarrollo de esta etapa profesional. Por su paciencia, muchas gracias. A mi codirector el DCE. José Luis Hernández Torres, por aceptarme y recibirme durante la estancia en la Facultad de Enfermería Unidad Torreón, de la Universidad Autónoma de Coahuila. Por su tiempo, dedicación, apoyo durante mi estancia de investigación y cada asesoría brindada.

A la DCE. Rosario Edith Ortiz Félix coordinadora del programa de maestría, por su gestión, apoyo y orientación en cada proceso del programa.

A cada uno de los profesores que fueron piezas claves en mi formación que contribuyeron con una parte esencial para que este resultado fuera posible.

A mis compañeros por sus aportaciones en clase y ser parte de este proceso de crecimiento en mi vida.

A mis grandes amigas Patricia Ortega Pippet y Lilian Wilson, que siempre fueron inspiración y motivación para seguir adelante.

Dedicatoria

A mi esposo que siempre me motivo y me dio su apoyo incondicional, a pesar de los descuidos que tuve en mi hogar ¡Gracias!

A mi hija Arleth por su paciencia, apoyo y comprensión, por tomar el rol de madre ayudándome en las labores del hogar mientras yo me dedicaba a estudiar mil gracias mi niña grande.

A mi hija Dayte por comprender al no estar presente en momentos importantes de su desarrollo mil gracias, mi chaparra.

A mi madre y hermanas que siempre me apoyaron y alentaron a seguir adelante para concluir con mi objetivo.

Gracias familia por darme fortaleza en los momentos que sentí más difíciles por ser mi motivación y siempre estar presentes.

Gracias a Dios por nunca soltarme de su mano y mostrarme su luz cuando pensaba en rendirme.

Resumen

Objetivos: El propósito del presente estudio fue, identificar la relación entre conocimiento y creencias en salud para la realización la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas migrantes. **Metodología:** Se utilizó un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. Se empleo un muestreo no probabilístico por conveniencia. La población de estudio estuvo conformada por 199 mujeres jornaleras agrícolas migrantes de 16 a 65 años, que se encontraban en campos agrícolas del estado de Sinaloa de los municipios de Ahome, Guasave y El Fuerte. **Resultados:** Se identificó una relación significativa positiva entre la realización de la prueba del Papanicolaou en mujeres jornaleras con beneficios ($r=.181, p<.05$), susceptibilidad ($r=.196, p<.01$) y señales para la acción ($r=.173, p<.05$). Además, una relación significativa negativa con el conocimiento ($r=-.399, p<.01$), y barreras ($r= -.304, p<.01$).

Conclusiones: Se concluye que existe una relación positiva entre el conocimiento y las creencias en salud (barreras, beneficios, susceptibilidad y señales de acción) y la realización de la prueba del Papanicolaou en mujeres jornaleras agrícolas.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	6
Estudios relacionados	11
Síntesis de los estudios relacionados	15
Definición de términos	16
Objetivos	18
Capítulo II	
Metodología	
Diseño de estudio	19
Población, muestreo y muestra	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión y eliminación	20
Instrumentos de medición	21
Procedimientos de recolección de datos	22
Consideraciones éticas	23
Plan de análisis de datos	25
Capítulo III	
Resultados	
Estadística descriptiva	27
Confiabilidad de los instrumentos	31
Estadística inferencial	32

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	35
Conclusiones	39
Recomendaciones	39
Limitaciones	41
Referencias	42
Apéndices	52
A. Cédula de datos sociodemográficos	53
B. Cuestionario de conocimiento	54
C. Instrumento de creencias	55
D. Consentimiento informado	57
Dictamen del comité de ética en investigación.	58
Resumen autobiográfico	59

Listado de tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas	27
2. Conocimiento de la prueba de papanicolaou	29
3. Descripción de las variables de estudio	31
4. Confiabilidad de los instrumentos	31
5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov	32
6. Correlación entre conocimiento y factores sociodemográficos	32
7. Correlación entre subescalas de creencias y factores sociodemográficos	33
8. Correlación entre conocimientos y prueba de papanicolaou	34

CAPÍTULO I

Introducción

El cáncer de cérvico uterino a nivel mundial es el cuarto tipo de cáncer más frecuente en las mujeres. En el año 2020, presentó una incidencia estimada de 604 mil nuevos casos y 342 mil muertes, con tasa de mortalidad de 13.3% por cada 100 mil mujeres. Del total de muertes en ese año, más del 90% tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medios, se cuantifica que cada día, dos mujeres pierden la vida a causa de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En el año 2019, en América Latina el cáncer cérvico uterino fue el tercer tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres. En este año se diagnosticaron más de 56,000 casos y más de 28,000 perdieron la vida. Los números que asciende a 72 y 34 mil respectivamente si se incluye a Estados Unidos y Canadá (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

De acuerdo con datos del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (2021), en México durante 2018 se presentaron más de 7,800 nuevos casos de cáncer cervicouterino y más de 4 mil defunciones por esta causa (International Agency For Research On Cancer, 2021). En el año 2017 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, indicó que la mortalidad en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, fue de 4,031 defunciones, con una tasa de 11.2 muertes por 100 mil mujeres de 25 años de edad y más, con un promedio de edad a la defunción de 58.8 años.

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical, es el crecimiento, desarrollo y la multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del cuello uterino, que es la parte inferior del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina. La infección por ciertas variedades del virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal de cáncer de cuello uterino en las mujeres (Instituto Nacional de las Mujeres, 2021).

La detección oportuna, seguida del tratamiento específico para las lesiones precancerosas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres, mejora el pronóstico y supervivencia de las pacientes (Venegas & Benduza, 2021). Para la detección del cáncer cervicouterino existen diferentes herramientas de prevención, siendo la prueba de Papanicolaou una de menor costo y efectividad (Chen, 2011).

La prueba de Papanicolaou (Pap), también llamada frotis de Pap, citología cervical, citología vaginal o citología cervicovaginal, es una prueba a través de la cual se obtienen células del cuello del útero para identificar si hay cambios causados por el VPH. Estos cambios pueden ocasionar cáncer de cuello del útero si no se administra tratamiento (Instituto Nacional del Cáncer, 2023). Así mismo, el papanicolaou es un procedimiento ginecológico simple, breve y efectivo para detectar a tiempo lesiones en el cuello del útero, que son las primeras señales del cáncer cérvico uterino (OPS, 2022). Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios el acceso a esas herramientas es limitado, por lo que con frecuencia el cáncer cérvico uterino no se detecta hasta etapas avanzadas donde ya están presentes los síntomas (OMS, 2020).

En México, durante 2015 al 2017 realizaron más de 4 millones de pruebas de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años de edad, una prueba gratuita y que está disponible en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud (CNEGSR, 2017). No obstante, aun cuando existen programas de detección oportuna gratuitos para las mujeres en la población específica, existen grupos altamente vulnerables que no han sido del todo incluidos en dicha estrategia como las jornaleras agrícolas migrantes, misma, que cambian su lugar de origen a otro, en busca de oportunidades laborales, por tal motivo, arriban a las zonas de cultivos de acuerdo a la temporada. Dicha dinámica laboral, propicia la informalidad y les impide que puedan tener una

vida decente, de calidad y con servicios básicos necesarios. Para ellas, acceder a servicios de salud, contratos laborales, salarios justos, guarderías para sus hijas e hijos, pensiones, licencias de maternidad, vacaciones pagadas, aguinaldo, entre otras prestaciones de ley son aún derechos que no logran ejercer (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, 2021).

Un factor que influye para que las personas desarrollen conductas de prevención y detección oportuna es el conocimiento, en función a la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales, (Flores, 2005). Las mujeres con un nivel de conocimiento elevado sobre la prueba de Papanicolaou se realizan en mayor medida la prueba, en relación a las mujeres que cuentan con nivel medio o bajo (Soares, 2020).

El conocimiento está condicionado por múltiples características, es decir, por lo que otras personas ya conocieron previamente a lo largo de la historia y ahora se nos transmite a través del lenguaje. Esto ha dado lugar a un tipo de conocimiento que la persona común trasmite por tradición oral, por intuición, por costumbres y tradiciones (Gómez & Gómez, 2017).

En las mujeres jornaleras agrícolas migrantes el desconocimiento de los factores de riesgo para el cáncer cérvico uterino, la percepción de invulnerabilidad a la enfermedad o no sentirse en riesgo y la falta de conocimiento sobre los beneficios de ejercer una conducta de prevención, favorecen en ellas comportamientos inseguros para la detección oportuna de cáncer cervicouterino (Abulizi et al., 2018; Kang et al., 2020).

Las mujeres jornaleras agrícolas migrantes provenientes de zonas rurales presentan dificultad en el idioma por solo hablar dialectos propios de sus comunidades o lugares de origen, sus tradiciones y creencias culturales por lo tanto tienen vergüenza a que las revise un

ginecólogo o a mostrar sus genitales al personal médico (Coello et al., 2017). Otra de las dificultades que menciona la literatura al respecto es que las mujeres migrantes no puedan acceder a estrategias de prevención por no contar con una relación laboral formal, carecer de accesos a servicios de salud e incluso se ha observado que tienen largas jornadas de trabajo dificultando el que puedan acudir a una revisión médica (Coello et al., 2017; Torres, 2020)

En la búsqueda de la literatura se han localizado modelos teóricos que explican y predicen determinadas conductas de salud que han sido abordados de forma efectiva en la temática de prevención oportuna del cáncer cérvico uterino, incluso en poblaciones con características similares a las jornaleras agrícolas migrantes como el Modelo de Creencias en Salud. Este modelo ha sido adecuado para propiciar y describir conductas de prevención con especial énfasis en el conocimiento y creencias de salud relacionados a la realización de la prueba de Papanicolau (Rosenstock, 1966).

En un estudio mencionan que sin importar que existan programas gratuitos de promoción, prevención y detección sobre el cáncer cérvico uterino mediante la prueba del Papanicolaou, existen factores propios que influyen en las mujeres para desarrollar determinada conducta de salud como no realizarse la prueba de Papanicolaou (Coello et al., 2017). Estos factores podrían ser las creencias descritas en el modelo de creencias en salud (Rosenstock, 1994), las cuales determinan que estos factores pueden influir en la persona para desarrollar una determinada conducta (Hareyama et al., 2002; Rose et al., 1999).

El modelo de creencias en salud se ha utilizado para explicar los comportamientos humanos relacionados con la prevención y la detección precoz de enfermedades. Este modelo describe cuatro creencias que afectan al cumplimiento por parte de un individuo de las conductas preventivas de una condición determinada: susceptibilidad percibida, severidad

percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas (Rosenstock, 1974). Varios estudios han examinado la práctica de la prueba de Papanicolaou con el Modelo de creencias en salud y encontraron que las creencias en salud estaban asociadas con la práctica de la prueba de Papanicolaou. Sin embargo, hasta el momento, son limitados los estudios que han explorado la relación entre conocimiento y creencias en salud sobre la prueba de papanicolaou en jornaleras agrícolas migrantes.

Por lo anterior descrito, se observa la necesidad de realizar un estudio de investigación científica en las jornaleras agrícolas, ya que hasta el momento la literatura científica sobre ellas es muy escasa, especialmente sobre la prueba de Papanicolaou. Esta prueba detecta el cáncer cérvico uterino, que es tratable y curable en etapas tempranas, pero se desconocen los factores específicos que inciden en este grupo de mujeres para realizarse la prueba. Además, son una población catalogada en organizaciones nacionales e internacionales como vulneradas en muchos de sus derechos, uno de ellos la salud.

El presente estudio está fundamentado en el objetivo tres descrito en los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible”, así como en el quinto objetivo prioritario “atención a la salud y bienestar” del programa sectorial de salud 2020-2024 (SEGOB, 2020). Además, favorecerá a la práctica de enfermería a través de un cuerpo de conocimientos científicos confiables, los cuales contribuirán con el desarrollo de intervenciones para fomentar, mantener y/o recuperar la salud de la población mexicana en especial a los grupos más vulnerables para garantizar una vida sana y promover el bienestar. Por lo tanto, se planteó el objetivo de determinar la relación entre conocimiento y creencias en salud sobre la realización de la prueba de Papanicolaou.

Marco Teórico

En este apartado se describirá el concepto de conocimiento y los conceptos del modelo de creencias en salud.

Conocimiento

El conocimiento sobre el cáncer cervicouterino es el saber, la idea o información obtenida por las mujeres en edad fértil mediante la experiencia vivida o el nivel de conocimiento. Este conocimiento es personal, en la manera que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo propio estando “convencidas” de su significado e implicaciones. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, (Krüger, 2006).

Castillero (2018) describe que el conocimiento es un conjunto de informaciones interrelacionadas referidas a uno o varios temas cuya proveniencia se encuentra en la experiencia, las sensaciones y la reflexión sobre ellos. Nos permite interpretar el mundo y utilizar dicha interpretación para responder ante las situaciones y estimulaciones.

Barrios-García et al. (2011) mencionan que prácticamente todas las mujeres tienen conocimiento sobre el tamizaje cervical. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona se vuelva consciente de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas (Bazán & Gutierrez, 2007).

Núñez (2004), describe que el conocimiento tiene un carácter individual y social; puede ser: personal, grupal y organizacional, ya que cada persona interpreta la información que percibe sobre la base de su experiencia pasada, influida por los grupos a los que perteneció y pertenece.

También influyen los patrones de aceptación que forman la cultura de su organización y los valores sociales en los que ha transcurrido su vida. Esto determina que el conocimiento existe, tanto en el plano del hombre como de los grupos y la organización, y que estos se encuentran determinados por su historia y experiencia social concreta.

Alavi y Leidner (2003), definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables.

Wiig (1993) el conocimiento consta de verdades y creencias, perspectivas y conceptos, juicios y expectativas, metodologías y saber cómo, y lo poseen los seres humanos, agentes y otras entidades activas y se usa para recibir información (datos, noticias y conocimientos), reconocerla, identificarla, analizarla, interpretarla y evaluarla; sintetizarla y decidir; planificar, implementar, monitorizar y adaptar; es decir, actuar más o menos inteligentemente. En otros términos, el conocimiento se usa para determinar que significa una situación específica y cómo manejarla.

A continuación, se aborda el modelo de creencias en salud.

Modelo de Creencias de Salud (MCS)

El modelo de creencias de salud (MCS), fue desarrollado a principios de la década de 1950 por un grupo de psicólogos sociales en el servicio de salud pública en EUA. El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen (Rosenstock, 1974).

El MCS se conforma por varios conceptos principales que predicen porqué las personas toman medidas para prevenir, detectar o controlar las enfermedades; estas incluyen la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras para un comportamiento, las claves para la acción y, más recientemente, la autoeficacia. Si los individuos se consideran a sí mismos susceptibles a una condición de salud, creen que la condición tendría consecuencias potencialmente graves, creen que un curso de acción disponible para ellos sería beneficioso para reducir su susceptibilidad o severidad de la condición, y creen que los beneficios anticipados de tomar medidas superan las barreras (o los costos de la acción), es probable que tomen medidas que consideren reducirán sus riesgos.

El modelo de creencias de salud tiene tres componentes básicos: los factores modificadores, creencias individuales (susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia) y la acción (señales para la acción). Estos constructos se presentan a continuación.

Factores Modificantes. Existen distintos factores de la persona que tienen un efecto directo sobre las creencias individuales y que influyen para que la persona desarrolle un determinado comportamiento de salud (Rosenstock, 1966). Estos factores son demográficos, socio psicológicos y estructurales. Los factores demográficos son aquellos que influyen para que el individuo utilice o no los servicios de salud, tales como: edad, sexo, origen étnico, ingreso económico y educación. Los sociopsicológicos, son los que intervienen y/o modifican la atención de salud demandada; y pueden ser: nivel o estrato social y personalidad. Por último, los estructurales, incluyen el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad, las normas y presiones de sus grupos sociales; los cuales puede influir para tomar conductas preventivas hacia determinado problema de salud. Rosenstock (1974), describe que el rol de estos factores es condicionar las percepciones individuales y los beneficios percibidos de acciones preventivas.

Creencias Individuales

Susceptibilidad Percibida. En las personas varía la aceptación de la susceptibilidad a una condición. En un extremo está la persona que puede negar cualquier posibilidad de contraer una condición determinada. En una posición más moderada está la persona que puede admitir la posibilidad que se produzca en ella una condición, pero que esta posibilidad es poco real y que no cree que le sucederá. Finalmente, está la persona que puede expresar la sensación de estar en un peligro real de contraer la enfermedad (Rosenstock, 1966). La susceptibilidad se refiere a los riesgos subjetivos de contraer alguna enfermedad o permanecer sano ante los factores de riesgo que podrían propiciar la enfermedad.

Severidad Percibida. Es la creencia del individuo de la gravedad y/o severidad del padecimiento, y sobre las repercusiones de la enfermedad. Rosenstock, Strecher y Becker (1988) manifiestan que: “esta variable se refiere a la percepción subjetiva de una persona de qué tan sería puede ser la enfermedad”. Rosenstock (1966) afirma que “el grado de seriedad puede ser juzgado por el grado de percepción a la enfermedad (alerta emocional) creado por el pensamiento de una enfermedad, así como por el tipo de dificultades que el individuo cree que una condición de salud le creará. Una persona puede, ver un problema de salud en términos de su consecuencia médica o clínica.

Por lo tanto, estaría preocupada por preguntas como si una enfermedad podría llevarla a la muerte, reducir su funcionamiento físico o mental durante largos períodos de tiempo o deshabilitarla permanentemente. La combinación de susceptibilidad y severidad ha sido etiquetada como gravedad percibida. La gravedad percibida para un individuo puede incluir implicaciones más amplias y complejas como los efectos de la enfermedad en su trabajo, en su vida familiar y en sus relaciones sociales.

Beneficios Percibidos. La aceptación de la susceptibilidad de una persona a una enfermedad que también se considera grave proporciona una fuerza que conduce a la acción, aunque no define el curso particular de acción a tomar. La dirección que tomará la acción está influida por las creencias sobre la efectividad relativa de las alternativas disponibles conocidas para reducir la amenaza de la enfermedad a la que el individuo se siente sometido.

Por lo tanto, su comportamiento dependerá de qué tan beneficioso piense que serían las diversas alternativas en su caso. Por supuesto, la persona debe tener a su disposición al menos una acción que sea potencialmente posible. Es probable que se considere que una alternativa es beneficiosa si se relaciona con la reducción posible de la susceptibilidad o la gravedad de la enfermedad. Nuevamente, la creencia de la persona sobre la disponibilidad y efectividad de uno o varios cursos de acción, y no solamente los hechos objetivos sobre la efectividad de la acción, determina qué curso tomará. A su vez, sus creencias en esta área están influenciadas por los factores modificantes (Rosenstock, 1966).

Barreras Percibidas. Un individuo puede creer que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo considera que la acción en sí misma es inconveniente, costosa, puede tener efectos secundarios negativos, ser desagradable, o consumir mucho tiempo (Rosenstock, 1974). Estos aspectos negativos de la acción de salud suscitan motivos conflictivos de evitación. Si la disposición para actuar es alta y los aspectos negativos se consideran relativamente débiles, es probable que se tome la acción en cuestión. Si, por otro lado, la disposición para actuar es baja, mientras que los posibles aspectos negativos se consideran fuertes, funcionan como barreras para prevenir la acción.

Autoeficacia. En las personas para que un cambio de comportamiento tenga éxito, las personas deben sentirse amenazadas por sus patrones de comportamiento actuales

(susceptibilidad y severidad percibidas), y creer que un cambio específico será beneficioso al dar un resultado a un nivel aceptable de costo, aunque también deben sentirse competentes (auto eficaces) para implementar ese cambio. La autoeficacia ayuda a explicar el inicio y el mantenimiento del cambio de comportamiento (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). Bandura (1977) define la autoeficacia; como la convicción de que uno puede ejecutar con éxito el comportamiento requerido para producir los resultados.

Acción. Señales para la acción, son factores que sirven como una señal o un disparador para iniciar la acción. El nivel de preparación (susceptibilidad y gravedad) proporciona la energía o la fuerza para actuar y la percepción de los beneficios (menos barreras) proporciona un camino de acción preferido. Sin embargo, la combinación de éstos podría alcanzar niveles de intensidad bastante considerables sin resultar en una acción abierta a menos que ocurra algún evento que aumente el nivel de preparación y la percepción de los beneficios lo cual genere el proceso de acción. La intensidad requerida de una señal que es suficiente para desencadenar el comportamiento varía con las diferencias en el nivel de preparación de la persona. Con una preparación psicológica relativamente baja (es decir, poca aceptación de la susceptibilidad o gravedad de una enfermedad) se necesitarán estímulos más intensos para desencadenar una respuesta. Por otro lado, con niveles relativamente altos de preparación, incluso estímulos leves pueden ser adecuados (Rosenstock, 1966).

Estudios Relacionados

Jornaleras Migrantes

Castañeda et al. (2012), desarrollaron un estudio con una muestra de 173 trabajadoras agrícolas latinas en Michigan, con el objetivo de examinar los correlatos de las prácticas de detección del cáncer de mama y del cáncer de cuello uterino en trabajadoras agrícolas latinas de

habla inglesa y española en Michigan. Los resultados mostraron que las características individuales que se asociaron significativamente con realizarse un examen de Papanicolaou en los últimos 12 meses ($OR= 3,81$) incluyeron tener una mayor aculturación basada en el lenguaje.

Knoff et al. (2013), realizaron un estudio en 324 trabajadores agrícolas en los Estados Unidos De América. Con el objetivo de determinar si existe una disparidad en las tasas de detección mediante la prueba de Papanicolaou entre los trabajadores agrícolas hispanos migrantes y temporales en el noroeste de Michigan. Los resultados muestran, que ser migrante ($OR=0.93$ [0.44-1.96]) y tener entre 40-49 años ($OR=0.79$ [0.31-2.00]) tienen mayor probabilidad a no realizarse una prueba de Papanicolaou previamente.

Creencias en Salud

Elgzar et al. (2022) en su estudio realizado en Arabia Saudita, con el objetivo de evaluar las barreras percibidas para la prueba del cáncer cérvico uterino, participaron $n = 1085$ mujeres saudíes. Los resultados mostraron que el miedo a los malos resultados (68.9%), el coste del tratamiento (58.8%), la vergüenza (59.9%), la preferencia por un médico mujer (47.4%) y varias otras fueron las barreras para la prueba de papanicolaou identificadas por las mujeres. Más más del 61.0% de las participantes tenían una barrera moderada para la prueba y el 24.8% tenían barreras percibidas altas.

Sumarmi et al. (2021) en su estudio realizado en Indonesia, tuvieron como objetivo comprender la influencia de las creencias en salud, los factores demográficos y las características de la salud sobre la intención de someterse a una prueba de Papanicolaou, en $n = 687$ mujeres de las zonas rurales de Indonesia. Los resultados obtenidos describen las creencias en salud asociadas significativamente con la intención de realizarse la prueba de Papanicolaou fueron: gravedad percibida ($OR = 1.05$, IC 95%: [1.02-1.08]), beneficios percibidos ($OR = 1.05$, IC

95%: [1.03-1.08]), barreras percibidas ($OR = 0.97$, IC 95 %: [0.95-0.98]) y motivación por la salud ($OR = 1.25$, IC 95 %: [1.14-1.37]).

Mabotja et al. (2021) desarrollaron un estudio en Johannesburgo, Sur África. El cual tuvo como objetivo determinar las asociaciones entre las creencias de las mujeres sobre el cáncer cérvico uterino y las pruebas de detección y la aceptación de las pruebas de Papanicolaou, en $n = 280$ mujeres mayores de 30 años. Los resultados presentan que las mujeres con conocimiento más alto ($OR = 2.5$, $p = 0.051$) menores barreras percibidas ($OR = 0.4$, $p < 0.001$) y mayor gravedad percibida ($OR = 1.3$, $p = 0.017$), tenían mayor probabilidad de haberse realizado una prueba de papanicolaou.

Özen Çınar & Kara (2020) mediante su estudio en Turquía, tuvieron el objetivo de identificar el conocimiento y las creencias de las mujeres trabajadoras en relación con el cáncer cérvico uterino y la prueba de Papanicolaou, $n = 120$ mujeres casadas sin antecedentes de cáncer cérvico uterino. Los resultados exponen que la edad media de las mujeres era de 39.5 años y el 50.0% tenía ≥ 40 años. De las participantes, 59.2% declararon haberse sometido a la prueba. El 60.8% eran universitarias o postgraduadas, tenían conocimientos suficientes sobre la prueba ($OR = 3.015$, $p = 0.19$), barreras para la prueba ($OR = 1.007$, $p = .792$), beneficios ($OR = .958$, $p = 0.219$) severidad percibida ($OR = 1.010$, $p = .791$) y susceptibilidad ($OR = 1.007$, $p = .941$).

Eo & Kim. (2019) Desarrollaron en República de Corea, un estudio con el objetivo de examinar las asociaciones de las creencias sobre la salud y los conocimientos sobre la salud con la práctica de la prueba de papanicolaou entre las mujeres inmigrantes asiáticas. La muestra estuvo conformada por $n = 196$ mujeres. Los resultados indican, él (76,5%) mujeres respondieron que nunca se habían hecho una prueba, en relación al conocimiento ($OR = 1.13$, $p = 0.89$), Barrera

percibida ($OR = 1.10, p = .125$), beneficios percibidos ($OR = 1.20, p = .309$), Severidad percibida ($OR = 0.7, p = .066$) y Susceptibilidad percibida ($OR = 1.08, p = .600$).

Conocimiento

Azevêdo et al. (2020) en su estudio realizado en Brasil, el objetivo principal fue identificar el conocimiento, la actitud y las prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en $n=50$ mujeres trabajadoras agrícolas. Los resultados identificaron que, el conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el 64% tenían comprensión inadecuada y 78% mostraron una práctica adecuada para la prueba de papanicolaou.

Bendezu-Quispe et al. (2020) en su estudio realizado en Perú, con el objetivo de estimar la asociación entre tener conocimientos acerca del cáncer cérvico uterino y realizarse una prueba de papanicolaou, en $n = 21.563$ mujeres peruanas mediante un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de los años 2015 al 2017. Los resultados señalan que la prevalencia de haberse realizado una prueba de papanicolaou en los últimos dos años fue 52.4%. Se encontró que, quienes respondieron que se puede prevenir el cáncer cervicouterino ($RP = 1.09$ [1.01- 1.17]), tuvieron una mayor prevalencia de haberse realizado una prueba en los últimos dos años.

Latacela et al. (2019) en su estudio realizado en Ecuador, el objetivo fue determinar los factores que limitan la realización de Papanicolaou en las mujeres comerciantes. La muestra fue representada por $n = 175$ mujeres. Dentro de los resultados se encuentra que el 24.6% de las mujeres desconoce sobre la prueba de Papanicolaou, el 33.1% nunca se la ha realizado, en relación al grado de conocimiento sobre la prueba, el 42.9% desconoce la frecuencia para realizarse. El 44% de las mujeres tiene un nivel de conocimiento insuficiente en relación al objetivo de realizarse la prueba de papanicolaou, el 55.4% refleja un conocimiento insuficiente

con respecto a las condiciones previas a la prueba y el 50.3% de las mujeres desconocen de quienes deben realizarse dicha prueba.

Abulizi et al. (2018) presentaron un estudio en Xinjiang, China, con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y la prueba de papanicolaou, en $n = 7100$ mujeres uigures; con una edad de 21 a 70 años, que tenían actividad sexual. Los resultados muestran que solo el 7.4% se había realizado la prueba de Papanicolaou, el desconocimiento de la importancia de la prueba (97.4%) fue la principal razón para no realizársela. El 29.3 % del total de participantes había oído hablar del cáncer cérvico uterino y solo el 0.14 % había oído hablar del VPH. Las mujeres menores de 40 años, con niveles educativos más altos y mayores ingresos tenían una mayor conciencia sobre el cáncer de cuello uterino y estaban más dispuestas a aceptar las pruebas de Papanicolaou periódicas.

Delgado-Aguayo y Vergara-Wekselman (2018) reportaron en su estudio en Perú con el objetivo de medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, $n = 375$ mujeres. Los resultados revelan que del total de mujeres encuestadas el 40.5% tiene un nivel de conocimiento alto, el 33.1% tiene un nivel de conocimiento intermedio y el 26.4% tiene un nivel de conocimiento bajo. Respecto de las actitudes, el 39.5% tiene un nivel de actitudes favorable y el 60.5% tiene un nivel de actitudes desfavorable. En lo que corresponde a las practicas, el 46.1% tiene un nivel de prácticas correcta y el 53.9% tiene un nivel de prácticas incorrecta.

Síntesis de Estudios Relacionados

La literatura localizada hasta el momento, indica que ser jornaleras agrícolas migrante y tener entre 40-49 años, favorece a presentar una mayor probabilidad a no realizarse una prueba de Papanicolaou. Además, las jornaleras agrícolas migrantes con un mayor nivel de aculturación

del lenguaje presentaron una mayor probabilidad de realizarse una prueba Papanicolaou en los últimos 12 meses.

De los estudios analizados respecto a la variable creencias en salud (barreras, beneficios, severidad y susceptibilidad), las barreras para la realización de la prueba se encontraron: miedo a los malos resultados, el mal trato en el consultorio, la preferencia del médico mujer, sentir poca importancia de la prueba, la limitación del tiempo y vergüenza de que vean sus genitales. Mostrando barreras negativas para la realización de la prueba de papanicolaou. Las mujeres que identificaron beneficios como sentirse bien, cuidar de su salud y poder salvar su vida, se asociaron significativamente con menor barreras para someterse a la prueba. En cuanto a la severidad percibida, si las mujeres se sienten en riesgo de tener cáncer cérvico uterino presentan mayor probabilidad para realizarse la prueba. La susceptibilidad presentó una baja significancia, lo que se entiende que las mujeres que no se sienten susceptibles a desarrollar un cáncer cérvico uterino, no tienen la intención de practicarse una prueba de papanicolaou.

En cuanto a la variable de conocimiento sobre la prueba de papanicolaou los estudios analizados describen que, las mujeres desconocen la importancia de la prueba, así como quienes deben realizársela, las condiciones en que deben presentarse y cada cuanto tiempo se la deben realizar, identificando que, a menor nivel de conocimiento sobre la prueba de papanicolaou, menor será la realización.

Definición de términos

Conocimiento

El conocimiento hace referencia a la información que poseen las mujeres jornaleras agrícolas sobre la prueba del papanicolaou, para que sirve, con qué frecuencia debe realizarse,

porque es importante y cuáles son los factores de riesgo que pudieran presentar al no realizarse la prueba.

Creencias

Barreras. Son las dificultades y situaciones negativas que la mujer percibe para realizar la prueba de Papanicolau como; vergüenza, miedo, costos, falta de tiempo, desconocimiento de la prueba o de los requisitos y preocupación de recibir maltrato durante la atención sanitaria.

Beneficios. Es la utilidad que la mujer percibe para realizar la prueba de Papanicolau para cuidar de su salud, sentirse bien y prevenir situaciones que puedan poner en riesgo su vida.

Severidad. Son los sentimientos acerca de la gravedad de una enfermedad, una mujer puede percibir como una condición grave el hecho de padecer cáncer cérvico-uterino incluso como una condición en la que puede perder la salud o la vida.

Susceptibilidad. La vulnerabilidad percibida se refiere a las creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Por ejemplo, una mujer debe creer que existe la posibilidad de contraer cáncer cervicouterino y/o presentar consecuencias fatales en su salud por esta causa, antes de estar interesada en hacerse una prueba de papanicolaou.

Señales de acción. Cuando se lleva a cabo un comportamiento determinado, para la realización de un acto.

Jornaleras Agrícolas Migrantes

Son aquellas trabajadoras eventuales del campo que se emplean, a cambio de un salario, en labores que van desde la preparación del terreno, hasta el cuidado y cosecha de los cultivos. Estas mujeres se trasladan fuera de su lugar de origen a los diferentes campos agrícolas.

Papanicolaou

Es un procedimiento ginecológico, sencillo y rápido que se lleva a cabo para detectar lesiones en el cuello del útero, con el fin de hallar cáncer cervicouterino en etapas tempranas.

Objetivo General

Identificar la relación entre conocimiento y creencias en salud para la realización la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas migrantes.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las jornaleras agrícolas migrantes.
2. Describir el conocimiento y creencias de las jornaleras agrícolas migrantes.
3. Analizar la relación entre conocimiento y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas.
4. Determinar la relación entre las barreras y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas.
5. Identificar la relación entre los beneficios y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas.
6. Analizar la relación entre la susceptibilidad y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas.
7. Determinar la relación entre la severidad y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas.
8. Identificar la relación entre señales de acción y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presentan el diseño, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y plan de análisis de los datos.

Diseño del estudio

El presente estudio utilizó un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. Descriptivo, ya que se describieron los conceptos de las variables en estudio. La investigación descriptiva, analiza y describe el fenómeno en situaciones de la vida real, suelen realizarse con gran número de sujetos participantes, en entornos naturales, sin manipulación de la situación. Correlacional, porque se determinó la relación que se presenta entre las variables y transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento de tiempo (Grove & Gray, 2019).

Población, muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por mujeres jornaleras agrícolas migrantes de 16 a 65 años, que se encontraban en campos agrícolas del estado de Sinaloa de los municipios de Ahome, Guasave y El Fuerte. El tamaño de la muestra fue calculado a través del paquete estadístico nQueryAdvisor (Elashoff et al., 2000), con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación pequeño de $R^2 = .05$, una potencia de prueba de 85%. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Grove & Gray, 2019).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio a todas las mujeres jornaleras agrícolas de 16 a 65 años con antecedente de vida sexual, en función de lo dispuesto en la guía de práctica clínica que describe; la edad óptima para iniciar el tamizaje es desconocida y esto se documenta con la historia natural

de la infección del virus del papiloma humano y el cáncer cervical, por lo tanto sugiere realizar el tamizaje de una forma confiable, dentro de los tres años posteriores a la primera relación sexual o hasta los 21 años, cualquiera que ocurra primero (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2011). Para las menores de 18 años que expresaron haber iniciado vida sexual se justifica de acuerdo a lo dispuesto a NOM-014, (Secretaría de Gobierno [SEGOB], 1998).

Criterios de Exclusión

Toda mujer jornalera agrícola que tenía histerectomía, con resultados normales previos y sin riesgo alto de cáncer. Lo cual fue evaluado con preguntas filtro (¿usted le quitaron la matriz? ¿Usted ha tenido resultados normales en la prueba de Papanicolaou? ¿Algún familiar directo ha tendido cáncer en la matriz?)

Esto en función a lo dispuesto por Guía de Práctica Clínica; Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención (IMSS, 2011). La cual describe, que todas las mujeres que se sometieron a histerectomía total no relacionada con cáncer cérvico uterino, pueden discontinuarse de la prueba de papanicolaou. Las mujeres mayores 65 años, pueden sufrir daños potenciales al realizarse la prueba de papanicolaou, ya que esto excede los beneficios entre las mujeres de edad avanzada, quienes han tenido resultados normales previamente y en quienes por el contrario no han tenido riesgo alto de padecer cáncer cervical (Guía de práctica clínica, 2011). También se excluyó a toda aquella mujer que expreso ser hombre de nacimiento.

Criterios de eliminación

Se eliminaron los instrumentos que contenían menos del 90% de las respuestas, así como los que tuvieron respuestas duplicadas.

Instrumentos de Medición

El llenado de los instrumentos fue a lápiz y papel en las cuarterías donde habitan temporalmente las jornaleras agrícolas. A continuación, se describen los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio.

Cedula de datos sociodemográficos

Se recopilaron variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, religión, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales), preguntas filtro (¿Usted ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida?, ¿Usted le quitaron la matriz?) (Apéndice A)

Conocimiento

Olivera-Hernández (2017) desarrollo un instrumento para medir el conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou. El cual fue validado por un juicio de expertos. Consta de 13 ítems con respuesta de opción múltiple, y cuatro opciones de respuesta. Cuenta con un mínimo de 0 puntos y un máximo de 13 puntos. La interpretación de los resultados es que, a mayor número de respuestas correctas, mayor será el conocimiento para la prueba del Papanicolaou (Apéndice B).

Creencias

Urrutia & Hall (2012) desarrollaron el “Instrumento de Creencias de Mujeres para Realizarse la Prueba del Papanicolaou” (Apéndice C), el instrumento consta de 25 ítems con tipo respuesta tipo Likert. Con opción de respuesta de totalmente desacuerdo a totalmente de acuerdo, y consta de 5 dimensiones. Cuenta con una puntuación mínima de 1 y máxima de 25. Los resultados se interpretan; a mayor puntuación mayor creencias de realizarse la prueba del Papanicolaou. Estudios anteriores han demostrado un coeficiente de confiabilidad de .74

La subescala de susceptibilidad consta de 3 ítems con opción de respuesta tipo Likert, la escala va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo) con un mínimo de 1 puntos y máximo de 3. La interpretación de los resultados es, a mayor puntuación, mayor susceptibilidad.

La subescala de severidad consta de 4 ítems, y presenta opción de respuesta tipo Likert, la escala va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo), con un mínimo de 1 puntos y máximo 4. La interpretación de los resultados es, a mayor puntuación, mayor es la severidad.

La subescala de beneficios de realizarse la PAP consta de 3 ítems, y presenta opción de respuesta tipo Likert, la escala va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo), con un mínimo de 1 puntos y máximo 3. La interpretación de los resultados es, a mayor puntuación, mayores son los beneficios para realizarse la PAP.

La subescala barrera para realizarse la PAP consta de 9 ítems, y presenta una escala de respuesta tipo Likert. La escala va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo), con un puntaje mínimo de 1 puntos y máximo 9. La interpretación de los resultados es, a mayor puntuación, mayores barreras para realizarse la PAP.

La subescala de señales acción para realizarse la PAP consta de 6 ítems, presenta una escala de respuesta tipo Likert. La escala va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo), con un mínimo de 1 punto y máximo de 6. La interpretación de los resultados es, a mayor puntuación mayores serán las señales de acción para realizarse la PAP.

Procedimiento de Recolección de la Información

Para realizar el presente estudio se solicitó autorización del Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación, de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Para la recolección del presente trabajo se utilizó la modalidad presencial y se solicitó la autorización a las personas responsables de las cuarterías agrícolas.

Se localizaron las cuarterías agrícolas y se realizó un acercamiento para solicitar al encargado (a)/responsable la autorización para la aplicación de los instrumentos y se solicitó el registro de las mujeres trabajadoras, las cuales se seleccionaron por conveniencia hasta completar el tamaño de la muestra. Posteriormente se acudió en un horario acordado por la responsable de las cuarterías agrícolas, para no incomodar a las jornaleras. Se les explico a las participantes el objetivo del estudio y en qué consistía su participación. A quienes aceptaron participar, se les realizaron preguntas filtro, las cuales fueron ¿Cuál es su edad? y ¿has tenido vida sexual? A las mujeres jornaleras que aceptaron participar se les proporciono un consentimiento informado, el cual describía la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración, así como brindarle información actual, confiable, basada en la evidencia científica acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, aunque esto pudiera afectar la voluntad del sujeto a participar en el estudio, posteriormente se firmó (Apéndice D).

También se les comento que si sentían incomodidad a la hora de responder a la entrevista o alguna pregunta los incomodaba podían no contestar. Se les explicó que en todo momento se guardaría la confidencialidad y anonimato de su persona y que los resultados del estudio nunca se publicarían de forma individual. El investigador procedió a realizar la entrevista. Una vez terminado el instrumento se les agradeció su participación, se proporcionó información específica del tema y se contestaron dudas de las participantes.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud[SS] 2014) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Se solicitará la

aprobación del Comité de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa. El estudio se realizó por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, que garantizó el bienestar de las jornaleras. Se considero el título segundo, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en los artículos siguientes. En todo momento prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar (Artículo 13).

El investigador entregó un consentimiento informado por escrito a cada una de las participantes, de esta forma se acreditó su participación en el estudio (Artículo 14, Fracción V). Se solicitó el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis (Artículo 14, fracción VII). Se procedió a la aplicación de los instrumentos a las participantes cuando se obtuvo la autorización del sitio de reclutamiento (Artículo 14, Fracción VIII), manteniendo el anonimato en todo momento de las participantes en la investigación, omitiendo su identidad y aplicando los cuestionarios en su área de preferencia (Artículo 16).

Esta investigación fue de riesgo mínimo debido a que se abordaron aspectos que podían producir incomodidad al hablar de temas sexuales, en caso de dudas la participante podía contactarse por medio de correo electrónico con el investigador principal para aclararlas (Artículo 17, Fracción II). El consentimiento informado se presentó por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Artículo 20).

Las participantes recibieron una explicación clara y completa de la investigación, de tal forma que pudieron comprenderla, a su vez pudieron realizar preguntas sobre cualquier duda acerca del estudio, incluso tenían la libertad de retirarse en el momento que ellas decidieran

(Artículo 21, Fracción I-XI). El consentimiento informado fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis (Artículo 22, Fracciones I-V). Se les informó que no existe riesgo al participar en el estudio, además se les describió el beneficio que se obtendría, el cual es reducir el riesgo de contraer cáncer cervicouterino. Se contactó con las autoridades encargadas de su contratación para explicarle el protocolo de investigación (Artículo 28 y 29). Se buscó en la comunidad, el apego a los lineamientos éticos aplicables (Artículo 33).

El presente estudio abordo a mujeres de 16 años emancipadas (Artículo 34). Se cuidó que las personas que aceptaron participar en el estudio fueron de manera voluntaria sin ser influenciadas por sus superiores (Artículo 57). Se garantizó que el rechazo o retiro del consentimiento durante el estudio por parte del sujeto de investigación no afectara su situación laboral (Artículo 58, Fracción I). Los resultados del estudio fueron utilizados exclusivamente para fines de investigación y difusión de los resultados en revistas y congresos científicos (Artículo 58, Fracción II).

Plan de Análisis de Datos

Los datos fueron analizados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25. Para dar respuesta al objetivo uno y dos del estudio, se utilizó estadística descriptiva para conocer las características de las participantes, así como de las variables de interés a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Posteriormente se utilizó estadística inferencial para determinar la fiabilidad de los instrumentos por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach. Así mismo, se identificó la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov con correlación de Lilliefors, la cual mostró

datos sin normalidad, por lo que se utilizó la estadística no paramétrica con la correlación de Spearman para dar respuesta al objetivo general.

CAPITULO III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del presente estudio. Los datos se muestran en el siguiente orden; estadística descriptiva de las características sociodemográficas y variables de estudio y estadística inferencial para la consistencia interna de los instrumentos, la normalidad de los datos y correlación entre de las variables de estudio.

Estadística descriptiva

La muestra estuvo conformada por 199 mujeres jornaleras agrícolas, con una media de edad de 31.9 años (16- 65) el 50.3% (n=100) no se habían realizado la prueba del papanicolaou, el 12.1% no tienen ningún nivel de estudio, 15.6% termino la secundaria y solo el 20.1% contaba con primaria completa. El estado civil que mayor pondero es unión libre con 61.3%, seguido de casada con 22.6%. En relación con el número de hijos, se presentó una media de 2.6 hijos (2-3). El 73.4% de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15-20 años, seguido del 22.6% antes de 15 años. El número de parejas sexuales que más se presento fue una con 53.3%. La mayor parte de la población provienen del estado de guerrero con 43.2%, de las cuales el 28.6% hablan una lengua indígena predominando el náhuatl con 13.1%.

Tabla 1

Características sociodemográficas

Características	<i>f</i>	%
¿ Se ha realizado una prueba de papanicolaou?		
No	100	50.3
Si	99	49.7
¿ Ha tenido resultados normales en la prueba del papanicolaou?		
No	104	52.3
Si	95	47.7

Características	<i>f</i>	%
¿Algún familiar directo ha tenido cáncer en la matriz?		
No	180	90.5
Si	19	9.5
¿ Ultimo grado de estudio?		
Primaria incompleta	57	28.6
Primaria completa	40	20.1
Sin estudio	24	12.1
Secundaria incompleta	29	14.6
Secundaria completa	31	15.6
Preparatoria incompleta	5	2.5
Preparatoria completa	12	6.0
Universidad	1	.5
Estado civil		
Soltera	27	13.6
Casada	45	22.6
Unión libre	122	61.3
Divorciada	2	1.0
Viuda	3	1.5
Número de hijos		
1	42	21.1
2	41	20.6
3	57	28.6
Mas de 3	56	28.1
Ninguno	3	1.5
Religión		
Católica	106	53.3
Cristiana	26	13.1
Otros	67	33.7
Edad inicio de relaciones sexuales		
Menor de 15 años	45	22.6
De 15 a 20 años	146	73.4
Mayor de 20 años	8	4.0
Número de parejas sexuales		
1	106	53.3
De 2 a 3	87	43.7
Mas de 3	6	3.0
Ingreso mensual		
1000 a 1500	1	.5
2000 a 2500	2	1.0
Mas de 2500	196	98.5
Estado de la república de procedencia		
Guerrero	86	43.2
Oaxaca	22	11.1
Veracruz	22	11.1
Chihuahua	4	2.0
Sinaloa	50	25.1
México	2	1.0
Puebla	1	0.5
Durango	1	0.5
Chiapas	1	0.5
¿Habla lengua indígena?		
No	142	71.4
Si	57	28.6

Características	<i>f</i>	%
Lengua indígena		
Ninguna	141	70.9
Mixteco	4	2.0
Náhuatl	26	13.1
Mazateco	10	5.0
Huasteco	2	1.0
Zapoteco	2	1.0
Tarahumara	4	2.0
Tzeltal	1	0.5
Tlapaneco	5	2.5
Popoluca	3	1.5
Mexicano	1	0.5

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 2 se presenta la descripción de la variable de conocimiento.

Tabla 2

Conocimiento de la prueba del papanicolaou

	<i>f</i>	%
1. ¿Ha recibido información o ha escuchado sobre la prueba de papanicolaou?		
Si	125	62.8
No recuerda	28	14.1
No sabe	3	1.5
Nunca	43	21.6
2. ¿La prueba de papanicolaou es?		
Examen de sangre	5	2.5
Examen de cuello uterino	115	57.8
Un examen medico	24	12.1
No sabe	55	27.6
3. ¿La prueba de papanicolaou se toma en?		
Cuello de útero	47	23.6
Vagina	91	45.7
Ovarios	8	4.0
No sabe	53	26.6
4. ¿Para qué sirve la prueba de papanicolaou?		
Para descartar Cáncer de cuello uterino	79	39.7
Para detectar infecciones vaginales	70	35.2
Para descartar Cáncer de estomago	5	2.5
No sabe	44	22.1
5. ¿Con que frecuencia debes realizarte la prueba de papanicolaou?		
Cada año	107	53.8
Cada dos años	13	6.5
Cada tres años	15	7.5
No sabe	64	32.2

	<i>f</i>	%
Para detectar Cáncer de cuello uterino	127	63.8
Para curar Cáncer de cuello uterino	8	4.0
Para evitar flujos vaginales	18	9.0
No sabe	46	23.1
7. Cuando usted esta con la regla, ¿Debe realizarse la prueba del papanicolaou?		
No se debe realizar la prueba de papanicolaou	120	60.3
Si es recomendable realizarse la prueba	18	9.0
No sabe	38	19.1
No se acuerda	23	11.6
8. ¿Considera usted que es importante recoger el resultado de la prueba de papanicolaou en el tiempo indicado?		
Si es importante	166	83.4
No es importante	3	1.5
Tal vez es importante	15	7.5
No sabe	15	7.5
9. ¿Qué requisitos debe tener en cuenta para realizarse la prueba de papanicolaou?		
No estar con la regla y no tener relaciones sexuales por 48 horas	118	59.3
Estar en ayunas	29	14.6
Realizarse lavados vaginales	15	7.5
Tomar bastante agua	21	10.6
10. ¿En qué momento de la vida de la mujer es recomendable realizarse la prueba de papanicolaou?		
Al inicio de las relaciones sexuales	126	63.3
Durante el embarazo	7	3.5
Cuando hay infecciones	49	24.6
En la adolescencia	14	7.0
11. ¿Cuál de las siguientes alternativas son factores de riesgo?		
Signos clínicos de inflamación	16	8.0
Tener flujo vaginal	39	19.6
Inicio precoz de las relaciones sexuales y tener varias parejas sexuales	71	35.7
No sabe	73	36.7
12. Tener varias parejas sexualmente:		
Es bueno para la salud	6	3.0
Enfermedad de transmisión sexual	150	75.4
Te puedes enfermar de diabetes	5	2.5
No sabe	38	19.1
Mujeres que nunca se realizaron la prueba de papanicolaou	65	32.7
Mujeres con antecedentes de infecciones de transmisión sexual	60	30.2
No sabe	36	18.1

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 3 se presenta la descripción de las variables de estudio. En escala general conocimientos y creencias en escala general y por subescalas.

Tabla 3*Descripción de las variables del estudio*

VARIABLES	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Conocimiento	36.82	30.76	20.46	7.69	94.87
Creencias	51.24	50.66	13.53	6.67	94.67
Barreras	39.74	33.33	21.83	22.22	100.00
Beneficios	91.88	100.00	20.77	0.00	100.00
Severidad	86.20	100.00	21.79	0.00	100.00
Susceptibilidad	59.27	66.66	34.82	0.00	100.00
Señales de Acción	40.19	33.33	29.33	0.00	100.00

Nota. n= 199, DE= desviación estándar

En la tabla 4 se muestra la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. Para el cuestionario de conocimientos, se obtuvo un Alpha de Cronbach de .82 en su escala total. En referencia al instrumento de creencias en salud para la prueba de papanicolaou, se obtuvieron puntuaciones de .63 hasta .84 , siendo beneficios la de mayor puntaje y susceptibilidad la de menor.

Tabla 4*Confiabilidad de los instrumentos*

Instrumento	Ítems	Numero de ítems	α
Conocimiento para la Prueba de Papanicolau (PAP)	13	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	.82
Creencias de mujeres para realización de (PAP)	25	1-25	.70
Barreras	9	1 - 9	.66
Beneficios	3	10-12	.84
Severidad	4	13-16	.77
Susceptibilidad	3	17-19	.63
Señales de Acción	6	20-25	.71

Nota. α = Alpha de Cronbach

Tabla 5. Para determinar la distribución de las variables incluidas en los objetivos de estudio se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados de los datos no mostraron normalidad en las variables, por lo tanto, se decidió aplicar estadística no paramétrica en su análisis.

Tabla 5*Prueba de Kolmogorov-Smirnov*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>KS-Z</i>	<i>P</i>
Edad	31.92	9.78	16	69	0.12	0.01
Escolaridad	3.27	1.67	1	8	0.18	0.01
Estado civil	2.54	.79	1	5	0.35	0.01
Inicio de vida sexual	1.81	.48	1	3	0.42	0.01
Número de parejas sexuales	1.50	.55	1	3	0.34	0.01
Conocimiento	36.63	20.34	7.69	94.87	0.12	0.01
Creencias	56.08	13.65	8.00	100.00	0.60	0.07
Barreras	39.82	21.85	.00	100.00	0.12	0.01
Beneficios	92.35	19.76	.00	100.00	0.45	0.01
Severidad	86.64	20.96	.00	100.00	0.34	0.01
Susceptibilidad	59.57	34.65	.00	100.00	0.16	0.01
Señales	40.22	29.40	.00	100.00	0.13	0.01

Nota. $n=199$, M =Media, DE =Desviación Estándar, Min =Mínimo, Max =Máximo, $KS-Z$ =Estadístico de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Correlación de Lillifors, p =Significancia estadística

Estadística inferencial

En la tabla 6, se muestran las pruebas de correlación realizada entre la variable conocimiento y factores sociodemográficos. Los resultados muestran, una correlación significativa negativa entre conocimiento y escolaridad. Lo cual se interpreta que a menor escolaridad menor conocimiento.

Tabla 6*Correlación entre conocimiento factores sociodemográficos*

Variable	Sociodemográficos				
	Edad	Escolaridad	Estado civil	Inicio relaciones sexuales	# de parejas sexuales
Conocimiento	-.099	-.285**	-.036	-.100	-.076

Nota. * $p<.05$, ** $p<.01$

La tabla 7, muestra la relación entre las subescalas de creencias y factores sociodemográficos. Los resultados muestran, que a menor escolaridad mayores serán las barreras que presenten, se identificó también que a mayor edad mayor son los beneficios, pero

a menor escolaridad menor son los beneficios para la realización del PAP. Se describe que a menor escolaridad menor susceptibilidad presentará para la prueba de papanicolaou, y a mayor edad mayor será la susceptibilidad. Siguiendo se muestra que, a mayor edad de inicio de relaciones sexuales mayor será la severidad. En relación a señales de acción y factores sociodemográficos, no se encontraron resultados significativos entre las variables de estudio.

Tabla 7

Correlación entre subescalas de creencias y factores sociodemográficos

Variable	Sociodemográficos				
	Edad	Escolaridad	Estado civil	Inicio relaciones sexuales	# de parejas sexuales
Barreras	-.134	-.188**	.061	-.067	-.056
Beneficios	.193**	-.034*	.132	.090	-.046
Susceptibilidad	.226**	-.086*	.031	-.139*	.156*
Severidad	.114	.070	.112	.213**	-.082
Señales de acción	.101	.082	-.031	-.068	.131

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Para dar respuesta al objetivo general, identificar la relación entre conocimiento, creencias en salud y prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. La tabla 8, describe la correlación significativa negativa entre conocimientos y la prueba de papanicolaou. Lo cual se interpreta que, a menor realización de la prueba de papanicolaou, menor es el conocimiento de las jornaleras. En cuanto a la relación entre las subescalas de creencias y la prueba de papanicolaou, se encontró que, a menor realización de prueba de papanicolaou, mayores son las barreras percibidas, así como a menor realización de prueba de papanicolaou, menores son los beneficios. A mayor prueba de papanicolaou menor susceptibilidad presentan, en cuanto a la subescala de severidad no se encontró relación significativa. Siguiendo con, a mayor prueba de papanicolaou mayores serán las señales de acción presentadas.

Tabla 8*Correlación de Conocimiento y Creencias con la Prueba de Papanicolaou*

Variables	Prueba de Papanicolaou
Conocimiento	-.399**
Barreras	-.304**
Beneficios	.181*
Susceptibilidad	.196**
Severidad	.077
Señales de acción	.173*

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general, determinar la relación entre conocimiento y creencias en salud sobre la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. Los resultados mostraron una relación significativa positiva entre la realización de la prueba del Papanicolaou en mujeres jornaleras con beneficios ($r=.181, p<.05$), susceptibilidad ($r=.196, p<.01$) y señales para la acción ($r=.173, p<.05$). Además, una relación significativa negativa con el conocimiento ($r=-.399, p<.01$), y barreras ($r= -.304, p<.01$).

A continuación, se discuten los resultados obtenidos del presente estudio por objetivos específicos propuestos, posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones .

En respuesta al objetivo específico uno, que fue describir las características sociodemográficas de las jornaleras agrícolas migrantes. Se encontró que la media de edad es de 31 años, el 50.3% de la población encuestada no se había realizado una prueba de papanicolaou, el 12.1% no tenía ningún nivel de estudio, el 61.3% vive en unión libre, el 73.4% de las mujeres iniciaron vida sexual entre los 15 años y 20 años de edad y 28.6% hablan una lengua indígena.

Para dar respuesta al objetivo específico dos, que fue describir la relación entre el conocimiento y las creencias de las jornaleras agrícolas migrantes. Se encontró que, a mayor conocimiento sobre la prueba de papanicolaou, menores serán las creencias negativas para la realización de la misma. Existen distintos factores de la persona que tienen un efecto directo sobre las creencias individuales y que influyen para que la persona desarrolle un determinado comportamiento de salud, estos factores son demográficos, socio psicológicos y estructurales. Los estructurales, incluyen el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad, las normas y presiones de sus grupos sociales; los cuales pueden influir para tomar conductas preventivas hacia determinado problema de salud (Rosenstock, 1996).

Lo que coincide con Benduza et al. (2020), que las mujeres que tenían conocimiento de que el cáncer es prevenible mediante la prueba de papanicolaou, tuvieron una mayor probabilidad de haberse realizado la prueba de PAP en los últimos dos años. La principal barrera para realizarse la prueba de papanicolaou es la falta de conocimiento sobre la misma así, como los beneficios que conlleva realizársela (Urrutia et al., 2012).

En función del objetivo específico tres, que fue identificar la relación entre conocimiento y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. Los hallazgos muestran que las jornaleras agrícolas con menor conocimiento sobre la prueba del papanicolaou, son las mujeres que menos se realizan la prueba. Esto se puede atribuir porque las jornaleras agrícolas presentan bajos nivel educativo, que oscila entre; sin estudios hasta secundaria incompleta. Lo cual pudiera influir para que presenten menor nivel de información, lo que se interpreta a menor conocimiento para que puedan comprender mejor los riesgos de salud y las limita a obtener una atención preventiva y a la detección de enfermedades (Mahecha & Puerto, 2019). Lo que coincide con Castillo & Rojas (2020), Instituto Nacional de Cáncer [NIH], (2022), los cuales describen que las mujeres con un conocimiento limitado, ausente o que expresaron no haber recibido información sobre el PAP, no acuden a realizarse el mismo.

Para el objetivo específico cuatro, que fue conocer la relación entre las barreras y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. Los resultados muestran que, las jornaleras agrícolas que menos se realizan la prueba de papanicolaou, perciben más barreras para llevar a cabo dicha acción. Esto puede deberse a las obligaciones domésticas, laborales, cuidado de los hijos, quehaceres del hogar, extensos horarios de trabajo, no contar con una unidad de atención primaria pública cercana a su domicilio actual, representan una barrera. Además, suelen acudir solo a los servicios de salud ante la presencia de signos y síntomas de

un problema más específico y no a realizarse revisiones de control y prevención. Un individuo puede creer que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo considera que la acción en sí misma es inconveniente, costosa, puede tener efectos secundarios negativos, ser desagradable, o consumir mucho tiempo (Rosenstock, 1974). Otra barrera que han mencionado es, por temor que les ocasiona el resultado del PAP (Matassini, 2020). Esto coincide con distintos estudios (Apodaca, Calvario & Gómez, 2023; Huacario, 2022) en los cuales mencionan que sus horarios libres, ubicación geográfica y por cuestiones de roles no logran asistir a realizarse la prueba del papanicolaou.

En función del objetivo específico cinco, que fue describir la relación entre los beneficios y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. Los resultados mostraron que, a menores beneficios, menor es la realización prueba de papanicolaou. Esto se atribuye a que las jornaleras agrícolas, no identifican una utilidad, como cuidar su salud y salvar su vida mediante la realización de la prueba de papanicolaou (Calderón, 2018). Esto concuerda con Sumarmi et al., (2021), los cuales identificaron que las mujeres que percibían mayores beneficios favorables con la realización de la prueba de papanicolaou, presentaron mayor intención de realizársela.

En el objetivo específico seis, que fue conocer la relación entre la susceptibilidad y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. Se encontró que, a mayor prueba de papanicolaou presentan menor susceptibilidad. Esto puede atribuirse porque las mujeres que no perciben riesgo (no contar con antecedentes heredofamiliares de la enfermedad, no conocer mujeres en su rango de edad que hayan padecido cáncer cervicouterino) no se realizan la prueba del papanicolaou (Aldave, 2019). El resultado coincide con Becerra et al. (2023), que mencionan, que contar con un familiar directo (madre, hermana, abuela), que padezca cáncer

cervicouterino aumenta la percepción de susceptibilidad de las demás mujeres de la familia y acuden en mayor medida a realizarse la prueba del papanicolaou.

El objetivo específico siete, que fue describir la relación entre la severidad y la prueba de Papanicolaou en las jornaleras agrícolas. Los resultados no presentaron relación estadísticamente significativa. Esto puede interpretarse que, las respuestas sin diferencia, muestran que los elementos que se comparan no son significativamente diferentes en el tamaño de la muestra, lo cual no necesariamente significa que no sean importantes. Para detectar una diferencia estadísticamente significativa, tal vez se deba probar incrementar el tamaño de la muestra (Jiménez, 2011). Rosenstock (1966) afirma que "el grado de seriedad puede ser juzgado por el grado de percepción a la enfermedad (alerta emocional) creado por el pensamiento de una enfermedad, así como por el tipo de dificultades que el individuo cree que una condición de salud le creará. Un estudio (Mabotja et al., 2021) identifico que, las mujeres perciben una mayor severidad ante la no realización de la prueba del papanicolaou, por lo cual a mayor severidad mayor es la disposición para realizarse la PAP.

Para el objetivo específico ocho, que fue identificar la relación entre señales de acción y la prueba de papanicolaou en jornaleras agrícolas. Los resultados muestran que a mayor prueba de papanicolaou mayores serán las señales de acción presentadas. Lo anterior descrito pudiera atribuirse a que las mujeres que reciben mayor información y/o invitación sobre la prueba del papanicolaou, por medio de un familiar, conocido, medio de difusión y/o profesional de salud, son las que muestran mayor intención de realizarse el PAP (Gajardo & Urrutia, 2017). Esto coincide con Kuttel, (2020) el cual identifico en su estudio que, las campañas de comunicación masiva y dirigidas a grupos de mujeres en ámbitos específicos,

como servicios de salud, o en los lugares de trabajo, aumentan la información/educación específica, las cuales motivan a realizarse el PAP.

Conclusiones

Con base en el objetivo general y en el análisis de los resultados, se concluye que existe una relación significativa y positiva entre el conocimiento, las creencias en salud (barreras, beneficios, susceptibilidad y señales para la acción) y la realización de la prueba del Papanicolaou en mujeres jornaleras agrícolas. Estas variables significativas contribuirán a identificar las características particulares de la población, facilitando la reducción de brechas en salud y promoviendo el bienestar integral de las jornaleras agrícolas, permitiéndoles acceder a servicios de salud y realizarse la prueba del Papanicolaou.

Se observó que las mujeres jornaleras agrícolas presentan un nivel bajo de conocimiento, y en relación con las creencias en salud, las barreras, señales para la acción y susceptibilidad son menos prominentes en ellas. El bajo nivel de conocimiento se convierte en una barrera para percibir los beneficios y sentirse susceptibles al cáncer cervicouterino, lo que reduce la intención de realizarse la prueba del Papanicolaou. Además, las barreras percibidas incluyen obligaciones domésticas, laborales y/o la lejanía de un centro de salud. La mayoría de las mujeres que se han sometido a la prueba del Papanicolaou lo han hecho en respuesta a señales de acción, como indicaciones de profesionales de la salud, sugerencias de familiares o amigas.

En cuanto al análisis de los instrumentos, los índices de consistencia interna obtenidos son considerados aceptables.

Recomendaciones

Se recomienda fortalecer las estrategias de salud sexual reproductiva, así como la evaluación masiva de cáncer de cuello uterino, a través de campañas de sensibilización sobre

la realización oportuna de la prueba de papanicolaou, abordando aspectos de las percepciones antes mencionadas, y complementar con estudios cualitativos que ayuden a entender de forma más integral de acuerdo al contexto de cada población otros factores que ayuden a reducir el índice de incumplimiento.

Estas investigaciones no solo contribuirán a comprender mejor los desafíos específicos que enfrentan estas mujeres, sino que también facilitarán el desarrollo de intervenciones efectivas. Este enfoque en la investigación fortalecerá la práctica comunitaria de salud y enriquecerá la currícula educativa de los programas de enfermería, permitiendo que estos programas aborden de manera más efectiva las problemáticas sociales identificadas a través de estudios científicos.

El estudio actual reviste importancia para el ámbito de enfermería y el equipo de salud multidisciplinario al proporcionar información valiosa para la continua elaboración de estrategias de promoción de la salud dirigidas a grupos específicos en lugares determinados. Además, el personal de enfermería está en posición de aportar resultados respaldados por evidencia científica que podrían influir en el desarrollo o ajuste de políticas públicas. Estas políticas, alineadas con el respeto a los derechos de las jornaleras agrícolas migrantes, son cruciales, dado que actualmente estas mujeres enfrentan la falta de reconocimiento de sus derechos y la exclusión de programas de salud debido a su estatus migratorio.

Por otro lado, se sugiere seguir utilizando el instrumento de creencias en salud realizando unas pequeñas adecuaciones para poder ser mejor comprendido con mayor facilidad por diferentes poblaciones.

Limitaciones

La situación informal que presentan algunas cuarterías agrícolas, las extensas jornadas de trabajo, la lejanía de la población de estudio, la cultura y educación de las jornaleras agrícolas son las limitaciones que se presentaron para desarrollar satisfactoriamente esta investigación. La lejanía de los campos y cuarterías agrícolas es otro factor limitante para los estudios en mencionada población.

REFERENCIAS

- Abulizi, G., Abulimiti, T., Li, H., Abuduxikuer, G., Mijiti, P., Zhang, S. Q. & Maimaiti, M. (2018). Knowledge of cervical cancer and Pap smear among Uyghur women from Xinjiang, China. *BMC women's health*, 18, 1-8.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-018-0512-5>
- Alavi, M. & Leidner, D. R. (2001). Gestión del conocimiento organizacional en taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Espacios*, 5, 17-40. <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>.
- Aldave-Zamora, A. & Apolaya-Segura, M. (2019). Factores asociados al incumplimiento del despistaje oportuno con papanicolaou en la detección temprana del cáncer de cérvix en un centro poblado rural. *Acta medica peruana*, 36(4), 259-266.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172019000400003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Apodaca-Orozco, G. U. G., Calvario-Parra, J. E. & Gómez-Rodríguez, G. A. (2023). Barreras estructurales para el acceso a una educación sexual integral desde el cuidado de la salud de jornaleras agrícolas Yoreme-Mayo. *Yachay-Revista Científico Cultural*, 12(1), 31-40. <https://revistas.uandina.edu.pe/index.php/Yachay/article/view/671>
- Azevêdo, J. A. F. D. (2018). *Conhecimento, atitude e prática de trabalhadoras rurais sobre prevenção de câncer de colo uterino* [Bachelor's thesis]. ATTENA Repositorio Digital da UFPE. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29280>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>

- Barrios-García, L., Benedetti-Padrón, I., Alvis-Estrada, L. & Arroyo-Salgado, B. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cérvico-uterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 2(2), 249–255. <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3063>
- Bazán, F., Posso, M. & Gutiérrez, C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1), 47-54. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000100006&script=sci_arttext
- Becerra-Canales, B., Campos, M., Atuncar-Deza, S. & Cáceres-Yparraguirre, H. (2023). Prevalence and factors associated with cervical cancer preventive screening in a Peruvian region. Prevalencia y factores asociados al tamizaje preventivo del cáncer cervical en una región de Perú. *Medwave*, 23(8). <https://doi.org/10.5867/medwave.2023.08.2709>
- Bendezu-Quispe, G., Soriano-Moreno, A. N., Urrunaga-Pastor, D., Venegas-Rodríguez, G. & Benites-Zapata, V. A. (2020). Asociación entre conocimientos acerca del cáncer de cuello uterino y realizarse una prueba de Papanicolaou en mujeres peruanas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 17-24. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4730>
- Baldera, K. C., Ulfe, J. P. & Cáceres, V. A. S. (2018). Factores que intervienen en la decisión de la toma de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 20 a 69 años del distrito de Lambayeque. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM*, 4(2), 51-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6559211>

- Calvario-Parra, J. E. (2016). La construcción social del peligro y el género en los jornaleros agrícolas del poblado Miguel Alemán, México. *Culturales*, 4(1), 33-60.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/cultural/v4n1/2448-539X-cultural-4-01-00033.pdf>
- Castañeda, S. F., Rosenbaum, R. P., Gonzalez, P. & Holscher, J. T. (2012). Breast and cervical cancer screening among rural midwestern Latina migrant and seasonal farmworkers. *Journal of primary care & community health*, 3(2), 104-110.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2150131911422913>
- Castillero, O. (2018). Obtenido de Los nueve tipos de conocimientos. *Psicología y Mente*.
<https://psicologiaymente.net/miscelanea/tipos-de-conocimiento>
- Castillo-Viveros, N. & Rojas-González, E. P. (2020). Representaciones sociales de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 28(4), 286-300.
<https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/19594/1091-6454-1-PB%20%283%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chen, M.K., Hung H.F., Duffy, S., Yen, A.M.F. & Chen H.H. (2011). Cost-effectiveness analysis for Pap smear screening and human papillomavirus DNA testing and vaccination. *Journal of evaluation in clinical practice*. 17(6), 1050-1058. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01453. x.
- Çınar, İ. Ö. & Kara, E. (2020). Evaluation of awareness of cervical cancer and pap smear test of working women by health belief model. *Bezmialem Science*. 8(2), 113-119.
doi:10.14235/bas.galenos.2019.3062

- Coello, G. P., Bedón, M. A. P. & Pazmiño, F. P. (2017). Mujeres inmigrantes y tamizaje de cáncer cervical en un centro ginecológico privado de Quito-Ecuador. *Metro Ciencia*. 25(2), 51-57. <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/30>
- Delgado-Aguayo, J. M. & Vergara-Wekselman, E. (2018). Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes. *Revista Del Cuerpo Médico Del HNAAA*. 10(3), 142-147. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2017.103.5>
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. & Crece, M. K. (2000). Paquete Estadístico n´Query Advisor ® (Versión 4.0). Copyright [Software Estadístico para-PC]. Los Angeles C. Statical Solutions. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01453.x>
- Elgzar, W. T., Alshahrani, M. A., Al-Thubaity, D. D., Nahari, M. H., Ibrahim, H. A., Sayed, S. H. & El Sayed, H. A. (2022). Perceptions of barriers to cervical cancer screening among Saudi women. A cross-sectional study. *African Journal of Reproductive Health*. 26(7s), 33-42. <https://doi.org/10.29063/ajrh2022/v26i7s.4>
- Eo, Y. S. & Kim, J. S. (2019). Associations of health belief and health literacy with Pap smear practice among Asian immigrant women. *European Journal of Oncology Nursing*. 42(August), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.08.003>
- Flores, M. (2005). El conocimiento. Una aproximación a su definición. *Espacios*. 26(2). 22. <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html#Anchor-2.1-5677>
- Gajardo, M. & Urrutia, M. T. (2017). Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 82(6), 706-712. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600706>

- Grove, S. K. & Gray, J. R. (2019). Introducción a los diseños de investigación y análisis en poblaciones y muestras en investigación. En S. K. Grove y J.R. Gray. Burns (Eds), Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (pp.191-210, 228-241) *España*. Elsevier Health Science.
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. (2021). Trabajo y género. México en pro de la protección de las jornaleras migrantes que alimentan al país. <https://unsdg.un.org/es/latest/stories/trabajo-y-genero-mexico-proteccion-jornaleras-migrantes>.
- Hareyama, M., Sakata, K. I., Oouchi, A., Nagakura, H., Shido, M., Someya, M. & Koito, K. (2002). High-dose-rate versus low-dose-rate intracavitary therapy for carcinoma of the uterine cervix. *American Cancer Society*. 94(1), 117-124. <https://doi.org/10.1002/cncr.10207>
- Huacario-Chambilla, J. (2022). Barreras para la toma de papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años de la comunidad rural El Palomar-municipio Mecapaca. *Salud Pública en Acción*. 3(2), e1-e9. <https://doi.org/10.53287/iyck6375dk79k>
- Instituto Nacional de Cáncer (2022). Muchas mujeres están atrasadas con los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino. <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2022/aumenta-retraso-examenes-deteccion-cancer-cuello-uterino>
- Instituto Nacional de Cáncer (2023). Detección del cáncer de cuello uterino. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/deteccion>
- Instituto Nacional de las Mujeres (2021). Cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino. http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/cama_cacu.pdf

International Agency for Research on Cancer. (2021). Mexico Source: Globocan 2020.

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>

Knoff, J. S., Harlow, S. D., Yassine, M., & Soliman, A. S. (2013). Cervical cancer screening practice and knowledge among Hispanic migrant and seasonal farmworkers of Michigan. *Journal of primary care & community health*. 4(3), 209-215.

<https://doi.org/10.1177/2150131913476303>

Koo, S. M. & Kang, M. H. (2020). Factores relacionados con la intención de detección del cáncer de cuello uterino entre mujeres inmigrantes casadas según el modelo de creencias sobre la salud. *Revista de la Academia Coreana de Enfermería de Salud Comunitaria*. 31(4), 405-415. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2020.31.4.405>

Krüger, K. (2006). El concepto de sociedad del conocimiento. *Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales*, 11(683), 1-14. <https://www.ub.edu/geocrit/b3w-683.htm>

Kuttel, V. Y. (2020). Percepciones y conocimientos de mujeres de una comunidad universitaria sobre el cáncer cervicouterino, el papanicolaou y su realización. [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Litoral]

<https://rehip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/836fc7ee-c3df-4161-a165-7f9b870d9afb/content>

Latacela, G. A., Suárez, P. C. M., Cuji, J. L. A., & Lojano, D. A. L. (2019). Papanicolaou como medida preventiva del cáncer cérvico-uterino. *Universidad Ciencia y Tecnología*. 23(95), 45-51.

<https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/245>

- Mabotja, M. C., Levin, J., & Kawonga, M. (2021). Beliefs and perceptions regarding cervical cancer and screening associated with Pap smear uptake in Johannesburg: A crosssectional study. *PLOS ONE*. 16(2), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246574>
- Mahecha-Gamboa, L., Villate-Soto, S., & Puerto-Jiménez, D. (2019). Conducta frente a la prueba de Papanicolaou: la voz de las pacientes ante la neoplasia de cuello uterino. *Revista Colombiana de Enfermería*. 18(1).
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2294>
- Matassini-Eyzaguirre, S. M., & Luna, V. (2020). Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. *Acta Médica Peruana*. 37(4), 463-470. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>
- Núñez-Paula, I. (2004). La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. *Acimed*. 12(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es] Diccionario soviético de Filosofía
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Informe de los ODS.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14947:cervical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=1926&lang=es

Organización Panamericana de la Salud[OPS]. (2022). Todo lo que debes de saber sobre el pap. <https://www.paho.org/es/campanas/chile-tu-vida-importa-hazte-pap/todo-lo-que-debes-saber-sobrepap#:~:text=El%20PAP%20es%20un%20procedimiento,a%20dos%20mujeres%20al%20d%C3%ADa>

Polit, D. P., & Beck, C. T. (2018). Diseño para la investigación cuantitativa. En D. P. Polit, & C. T. Beck, (Eds.), *Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería.* (pp. 137-160). Barcelona, España. Wolters Kluwer.

Rose, P. G., Bundy, B. N., Watkins, E. B., Thigpen, J. T., Deppe, G., Maiman, M. A. & Insalaco, S. (1999). Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 340(15), 1144-1153. <https://doi.org/10.1056/NEJM199904153401502>

Rosenstock, I. M. (1966). *Modelo de Creencias de Salud.* Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In *Preventing AIDS. SPRINGER LINK* (pp. 5-24), https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1193-3_2

- Rosenstock I. M., Strecher V. J. & Becker M. H. (1988). La Teoría del aprendizaje social y el modelo de creencias de la salud. *Health education quarterly*. 15 (2),175-183.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3378902/>
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Scientific Research*. 2, 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Secretaría de Gobierno [SEGOB]. (2020). Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
- Secretaría de Salud [SSA]. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México. http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MateriaInvestigacion_Ago2014.pdf
- Soares e Silva, J., Batista de Carvalho, A. R., Carvalho Santos Leite, H. D. & Neves de Oliveira, E. M. (2020). Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2).
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3738>
- Sumarmi, S., Hsu, Y. Y., Cheng, Y. M. & Lee, S. H. (2021). Factors associated with the intention to undergo Pap smear testing in the rural areas of Indonesia: a health belief model. *Reproductive Health*. 18(1), 1-138.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-021-01188-7>
- Torres, G. C. (2020). Mujeres migrantes en albergues para jornaleros agrícolas: una aproximación a la vulnerabilidad social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. (9), 61-70. <https://doi.org/10.6018/azarbe.441141>

Venegas, G., Bendezu-Quispe, G., Urrunaga-Pastor, D., Alzamora, M. C., Franco-Liñan, C. & Benites-Zapata, V. A. (2021). Factores asociados al resultado citológico positivo en pruebas de Papanicolau en mujeres atendidas en la Liga peruana de lucha contra el cáncer. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 14(4), 484-490. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1452>

Apéndices

Apéndice A
Cedula de datos sociodemográficos

I.- DATOS GENERALES

Instrucciones: encierre la respuesta que usted considere correcta

Edad: _____

1. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida?
a) Si b) No
2. ¿A usted le quitaron la matriz?
a) Si b) No
3. ¿Usted se ha realizado una prueba de Papanicolaou?
a) Si b) No
4. ¿Usted ha tenido resultados normales en la prueba de Papanicolaou?
a) Si b) No
5. ¿Algún familiar directo ha tendido cáncer en la matriz?
a) Si b) No
6. ¿Cuál es su último grado de estudio?
a) Sin estudio b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta
e) Secundaria completa f) Preparatoria incompleta g) Preparatoria completa h) Universidad
7. Estado civil
a) Soltera b) Casada c) Unión Libre d) Divorciada e) Viuda
8. Número de hijos
a) 1 b) 2 c) 3 d) Mas de 3 e) Ninguno
9. ¿A que religión pertenece?
a) Católica b) Cristiana c) Testigo de jehová d) Otro
10. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?
a) Menor de 15 años B) De 15 a 20 años C) Mayor de 20 años
11. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?
a) Solo uno b) de 2 a 3 c) Mas de 3
12. ¿Cuánto gana al mes?
a) 1000 a 1500 b) 1500 a 2000 c) 2000 a 2500 d) Mas de 2500
13. ¿De qué estado de la república viene?

14. ¿Habla alguna lengua indígena?
a) Si b) No ¿Cuál? _____

Apéndice B

Conocimiento para la prueba de Papanicolaou (Olivera, H. M.T, 2017)

Instrucciones: encierre la respuesta que usted considere correcta

1. ¿Ha recibido información o ha escuchado sobre la prueba de Papanicolaou?
a) Si b) No recuerda c) No sabe d) Nunca
2. ¿La prueba de Papanicolaou es?
a) Examen de sangre b) Examen de cuello uterino c) Un examen médico d) No sabe
3. La prueba de Papanicolaou se toma en:
a) Cuello de útero b) Vagina c) Ovarios d) No sabe
4. ¿Para qué sirve la prueba de Papanicolaou?
a) Para descartar cáncer de cuello uterino b) Para detectar infecciones vaginales
c) Para detectar cáncer de estómago d) No sabe
5. ¿Con que frecuencia debes realizarte la prueba de Papanicolaou?
a) Cada año b) cada dos años c) Cada 3 años d) no sabe
6. ¿porque es importante realizarse la prueba de Papanicolaou?
a) Para detectar cáncer de cuello uterino b) Para curar cáncer de cuello uterino
c) Para evitar flujos vaginales d) No sabe
7. ¿Cuándo usted está con la regla debes realizarte la prueba de Papanicolaou?
a) No se debe realizar la prueba de Papanicolaou b) Sí es recomendable realizarse la prueba
c) No sabe d) No se acuerda
8. ¿Considera usted que es importante recoger el resultado de la prueba de Papanicolaou en el tiempo indicado?
a) Si es importante b) No es importante c) Tal vez es importante d) No sabe
9. ¿Qué requisitos debes tener en cuenta para realizarse la prueba de Papanicolaou?
a) No estar con la regla y no tener relaciones sexuales por 48 horas b) Estar en ayunas
c) Realizarte lavados vaginales d) Tomar bastante agua
10. En qué momento de la vida de la mujer es recomendable realizarse la prueba de Papanicolaou
a) Al inicio de las relaciones sexuales b) Durante el embarazo c) Cuando hay infecciones
d) En la adolescencia
11. ¿Cuál de las siguientes alternativas son factores de riesgo?
a) Signos clínicos de inflamación b) Tener flujo vaginal
c) Inicio precoz de relaciones sexuales y tener varias parejas sexuales d) No sabe
12. Tener varias parejas sexualmente
a) Es bueno para la salud b) Enfermedad de transmisión sexual c) Te puedes enfermar de diabetes
d) No sabe
13. ¿Quién tiene mayor riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino?
a) Mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad b) Mujeres que nunca se realizaron la prueba de Papanicolaou c) Mujeres con antecedente de infecciones de transmisión sexual
d) No sabe

Apéndice C

Instrumento de Creencias de Mujeres para Realizarse la Prueba del Papanicolaou (Urrutia & Hall, 2012)

Instrucciones: marque con un X la respuesta que usted considere

Barreras	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Yo no sé a qué edad es necesario realizarse la prueba del Papanicolaou				
Yo no sé cada cuanto tiempo necesito ir realizarme la prueba de Papanicolaou				
No me realizo la prueba de Papanicolaou porque cuando voy necesito esperar largo tiempo para ser atendida				
No me realizo la prueba de Papanicolaou porque cuesta mucho sacar una hora de atención				
No me realizo la prueba de Papanicolaou porque el consultorio atiende en horarios en los que no puedo ir				
No me realizo la prueba de Papanicolaou porque me da miedo saber que tengo cáncer				
No me realizo la prueba de Papanicolaou porque me da vergüenza que me examinen los genitales				
No me realizo la prueba de Papanicolaou porque en el consultorio me tratan mal				
No tengo tiempo para realizarme la prueba de Papanicolaou				
Beneficios				
Realizarme la prueba de Papanicolaou me hace sentir bien porque significa que yo cuido de mi salud				
Una razón para realizarme el Papanicolaou es cuidar de mi salud				
El Papanicolaou puede salvar mi vida				
Severidad				
El cáncer cervicouterino es un problema de salud serio				
El cáncer cervicouterino puede llevar a una mujer a tener que realizarse un tratamiento con quimioterapia o radioterapia				
El cáncer cervicouterino puede llevar a una mujer a tener que someterse a una histerectomía				
El cáncer cervicouterino puede causar la muerte				
Susceptibilidad				
Yo tengo riesgo de desarrollar un cáncer cervicouterino				
Si yo tengo cáncer cervicouterino me puedo morir				
El cáncer cervicouterino es uno de los cánceres más comunes entre las mujeres de mi edad				
Señales de acción				
Por qué un doctor me lo pide				
Porque una enfermera o matrona me lo pide				

Porque escuché o leí en el diario o en algún programa de televisión o radio				
Porque mi madre me habla sobre eso				
Porque miembros de mi familia me dijeron que lo tomara				
Porque mi amiga o vecina me habla sobre eso				

Apéndice D

Consentimiento Informado

Título de proyecto: Conocimiento y Creencias en salud sobre realización de la prueba del papanicolaou en jornaleras agrícolas migrantes

Introducción/Objetivo del estudio: Estamos interesados en conocer el nivel de conocimiento y las creencias en salud de las jornaleras agrícolas migrantes sobre la prueba del papanicolaou. La información que nos brinde será anónima y será utilizada para fines académicos y científicos. Su participación en este proyecto ayudará a que pueda obtener el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería. Por lo que le invitamos a participar contestando algunas preguntas.

Descripción del Estudio:

1. Si usted desea participar se le pedirá que de su consentimiento informado por este medio.
2. Se le aplicarán 2 cuestionarios sobre creencias en salud, que usted podrá contestar de manera tranquila en su hogar.
3. El tiempo aproximado de su participación es de 25 Minutos.

Riesgos: El estudio tiene un riesgo mínimo por ser un tema sensible. En caso de que se sienta incomoda puede retirarse en el momento que usted lo decida o dejar cualquier pregunta sin contestar.

Beneficios: No existe ningún beneficio directo por su participación, sin embargo, sus respuestas ayudarán a que se desarrollen programas para apoyar a las mujeres jornaleras agrícolas.

Costos: No existe ningún costo por su participación.

Compromisos del Investigador: La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración, así como brindarle información actual, confiable, basada en la evidencia científica acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, aunque esto pudiera afectar la voluntad del sujeto a participar en el estudio. Se puede contactar con una Servidora al correo electrónico; maria.beltran@uas.edu.mx.

Preguntas: Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio comuníquese a la Comisión de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Mochis al teléfono: 668126405, correo electrónico: comitedeetica.esemo@gmail.com, ubicada en Ciudad Universitaria en prolongación Ángel Flores y Justicia Social s/n., Los Mochis, Ahome Sinaloa.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio. Yo he leído la información en este formato y todas mis dudas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma

Testigo

Lugar y fecha



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Los Mochis, Sinaloa. A 22 de febrero de 2023

María Teresa Beltrán Macarena
Investigador Principal

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Título del Proyecto: Conocimiento y creencias en salud sobre la prueba de papanicolaou en jornaleras agrícolas migrantes en Sinaloa

Código asignado por el Comité: **CEI-026**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de ética en investigación con Registro CONBIOETICA-25-CEI-001-20211201. Las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Decisión
PROTOCOLO	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de 22 de febrero del 2023 a 22 de febrero de 2024.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Dra. Patricia Enedina Miranda
Félix Presidenta del Comité de Ética
en Investigación

Resumen autobiográfico

Lic. María Teresa Beltrán Macarena

Candidata a Maestría en Ciencias en Enfermería

Tesis: CONOCIMIENTO Y CREENCIAS EN SALUD PARA LA REALIZACION DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN JORNALERAS AGRÍCOLAS MIGRANTES EN SINALOA.

Biografía: Nacida en la ciudad de Los Mochis, municipio de Ahome Sinaloa, el 05 de abril de 1985. Hija del Sr. Saturnino Beltran Salazar y la Sra. Ma. Asunción Macarena Machuca, tercera de siete hermanos. Casada con el Sr. Dante de Jesús Verduzco Rubio y madre de dos hijas Arleth Teresita y Dayte Sofia.

Educación: Egresada de la universidad Autonomía de Sinaloa, Unidad Regional Norte Preparatoria Mochis generación 2000-2003; Escuela Superior de Enfermería Mochis, Licenciada en Enfermería generación 2007-2011 y como becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONHACyT) durante el programa de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis generación 2022-2024.

Experiencia Profesional: como enfermera general (2 años) en hospital Fátima de la ciudad de Los Mochis, Hospital General de Los Mochis (2 años), de 2016 a la fecha, como docente de la Facultad de Enfermería Mochis.

Experiencia en investigación: miembro del Grupo de investigación Prevención de Adicciones, Salud Mental y Sexualidad Responsable, de la Facultad de Enfermería Mochis. Estancia de investigación en la Facultad de Enfermería Unidad Torneo, del estado de Coahuila. Autora de la investigación “Factores asociados a la realización de la prueba de papanicolaou en mujeres migrantes: revisión sistemática” publicada en la Revista EUREKA.

Asociaciones y Membresías: miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha.

Difusión: ponente en modalidad cartel, categoría Protocolo con el tema: “conocimiento y creencias en salud sobre la prueba de papanicolaou en jornaleras agrícolas migrantes”, en el II Congreso Internacional Virtual de la Salud con sede en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán 2023.