

Artículo de Investigación

Creencias sobre el cáncer cervicouterino y Papanicolaou y su relación con la adherencia al tamizaje

Macarena Gajardo^{1a}, Maria Teresa Urrutia^{2b}

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

² Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

^a Interna de la carrera de Medicina

^b Enfermera-Matrona. PhD.

RESUMEN

Introducción y objetivo: Actualmente, las tasas de mortalidad por cáncer cérvicouterino (CC) en Latinoamérica y el Caribe son mayores comparadas con otros países, a pesar de ser altamente prevenible. El objetivo de este trabajo es identificar la relación entre la adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino y las creencias sobre el CC y el Papanicolaou (PAP) en mujeres chilenas.

Métodos: Estudio realizado en una muestra probabilística de 969 mujeres entre 25 y 64 años de edad, beneficiarias del sistema de salud público y pertenecientes a la comuna de Puente Alto en Santiago, Chile. El reclutamiento y recolección de datos fue entre Marzo 2014 y Octubre 2015. Se midieron variables sociodemográficas, adherencia al PAP y creencias en relación al PAP y CC.

Resultados: La mayor adherencia al tamizaje de CC tiene relación significativa con el sentimiento de bienestar al estar cuidando la salud, la percepción de menor cantidad de barreras para tomarse el PAP particularmente en mujeres que adhieren en el sistema privado, el conocimiento de la radio o quimioterapia como tratamiento para el CC, la percepción del riesgo personal de desarrollar la enfermedad, saber que los síntomas no son un requisito para el PAP, y la motivación dada por profesionales de salud o la madre.

Conclusiones: La adherencia al PAP es multifactorial y las creencias de las mujeres deben ser consideradas para el éxito de un programa de tamizaje eficaz.

PALABRAS CLAVE: Cáncer cérvicouterino, Papanicolaou, Creencias, Tamizaje

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Currently, cervical cancer's mortality rates in Latin America and the Caribbean are higher compared to other countries, despite being highly preventable. The aim of this study is to identify the relationship between beliefs on CC and PAP test and adherence to screening in Chilean women.

Material and method: This study was carried out in a probabilistic sample of 969 women aged between 25 and 64 years old, belonging to public health care system and enrolled in any of the four selected primary healthcare centers in Puente Alto, Santiago, Chile. Data collection was carried out between March 2014 and October 2015. Socio-demographic variables, adherence to screening and beliefs regarding CC and PAP test were measured.

Results: Greater adherence to CC screening has a significant relationship with the feeling of well-being while taking care of one's health, the perception of fewer barriers to the test particularly in women who adhere in the private health care system, knowledge of radio or chemotherapy as a treatment for CC, the perception of the personal risk of developing the disease, knowing that symptoms are not a requirement for the test, and the motivation given by health care professionals or the mother.

Conclusion: Adherence to screening is multifactorial and women's beliefs should be considered for the success of an effective screening program.

KEYWORDS: Cervical cancer, Papanicolaou test, Beliefs, Screening.

INTRODUCCIÓN

El éxito de la prevención del cáncer cervical (CC) se basa en la capacidad de detectar y tratar lesiones preneoplásicas del cuello uterino antes que se conviertan en cáncer invasor¹. Sin embargo, a pesar de ser altamente prevenible, el CC sigue causando la muerte de 35.700 mujeres cada año en América, con tasas de mortalidad 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica², estimándose incluso un aumento del 45% en casos nuevos y del 60% en número de muertes para el 2030 si se mantienen las tendencias actuales³.

Son varias las razones que pueden explicar la baja adherencia de las mujeres al tamizaje de CC, las que incluyen una educación deficiente, influencias culturales y religiosas, información errada, el acceso y calidad de los servicios de salud, entre otros. En la población latina se vuelven particularmente importantes las creencias relacionadas al CC y al Papanicolaou (PAP). Se ha reportado en la literatura que existe la creencia que los antecedentes familiares son una causa importante de CC^{4,5}, así como también el uso de píldoras anticonceptivas⁴, además de las creencias que la higiene deficiente o tener hijos influyen en su desarrollo^{4,6}. Es importante además mencionar el factor cultural presente en la población de habla hispana, particularmente en relación a los juicios morales, considerando el CC como consecuencia de actividad sexual "inapropiada"⁴, o que "Dios les da a las mujeres CC porque han vivido una mala vida", así como también considerar que es resultado de la mala suerte o el destino, "no habiendo mucho que pudieran hacer para prevenirlo"⁷.

Por lo anterior, se torna relevante explorar las creencias de la población objetivo del tamizaje de CC para de esa forma comprender y mejorar las percepciones y comportamientos relacionados con las prácticas preventivas⁴. El objetivo de este trabajo es identificar la relación que existe entre la adherencia al tamizaje de CC y las creencias sobre el CC y el PAP en un grupo de mujeres chilenas.

MÉTODOS

El estudio forma parte del proyecto FONDECYT 11130626 "Determinantes sociales para la adherencia

al tamizaje de cáncer cérvicouterino", cuyo objetivo fue elaborar un modelo estructural que permita explicar las causas de adherencia al PAP en mujeres chilenas. El universo corresponde a todas aquellas mujeres entre 25 y 64 años de edad, beneficiarias del sistema público de salud chileno (Fondo Nacional de Salud-FONASA) e inscritas en alguno de los 8 centros de salud primarios de la comuna de Puente Alto en Santiago-Chile, lo que corresponde a un total de 100.247 mujeres. La muestra fue seleccionada de manera probabilística estratificada, realizando primero una estratificación de los centros de salud según la cobertura de PAP (alta, media alta, media baja, baja), luego una selección aleatoria de cada consultorio en cada categoría y finalmente el muestreo probabilístico estratificado de las mujeres en los 4 consultorios seleccionados. El tamaño muestral fue calculado para obtener un efecto pequeño de 0.1, una potencia del 80%, un número de 15 variables latentes y 40 variables observadas con un nivel de confiabilidad del 95%, para lo cual era necesario al menos 850 mujeres⁸; con el objetivo de cumplir con este requerimiento y considerando que algunos datos pudieran ser incompletos, se logró una muestra de 969 mujeres. Los criterios de exclusión fueron presencia de CC y/o histerectomía total (HT). El reclutamiento de la muestra se realizó vía telefónica o mediante visita domiciliaria. Del total de mujeres que fueron invitadas a participar (n=1453) el 17,7% rechazó ingresar al estudio (n=257). La recolección de los datos fue realizada entre los meses de marzo 2014 y octubre 2015. La entrevista duró en promedio 45 minutos, tras la cual se le entregaba la compensación económica y se resolvían dudas surgidas durante la entrevista. Cabe señalar que con el objetivo de evitar alguno tipo de coerción a la mujer, la información sobre la compensación económica por participar en el estudio era entregada una vez que la mujer aceptaba participar.

Se midieron variables sociodemográficas, adherencia al PAP y creencias. La variable *adherencia al tamizaje de CC* fue definida como "la realización de al menos un PAP en los últimos tres años", definición que el sistema de salud público chileno considera para establecer la cobertura de PAP⁹. Dada esa definición, la variable puede tomar

dos posibles resultados: (i) la mujer adhiere al tamizaje (en el sistema público o en el sistema privado de salud), (ii) la mujer NO adhiere al tamizaje (nunca se ha realizado un PAP o el último fue hace más de tres años). La variable *creencias en relación al CC y PAP* fue medida con el cuestionario CPC-28, el cual fue construido basado en el modelo de creencias en salud; el instrumento fue validado en población chilena¹⁰ y contiene 28 preguntas divididas en 6 dimensiones: beneficios, barreras, severidad, susceptibilidad, requisitos y señales de acción.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa IBM-SPSS versión 22. Se utilizaron medidas de tendencia central/dispersión, análisis de frecuencia, chi cuadrado y t-Student y se consideró significativo un valor $p < 0,05$. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, Santiago-Chile. Se solicitó la firma de consentimiento informado a cada una de las mujeres ingresadas en el estudio.

RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres es de $43,37 \pm 10,77$ años. El promedio de años de escolaridad es de $10,97 \pm 3,4$ años, con una mediana de 12 años. El 63,7% de las mujeres refiere trabajar de manera remunerada. En relación a la etnia de las mujeres, el 7,6% de ellas refiere pertenecer a algún pueblo indígena. Respecto de la ocupación, el 63,7% ($n=617$) refiere estar trabajando de manera remunerada. Al analizar el tiempo de permanencia de las mujeres en su actual vivienda, la mediana es de 144 meses (12 años) con un promedio de $167,09 \pm 127,16$ ($13,9 \pm 10,5$ años) con un rango entre 1 y 768 meses (1 mes y 64 años).

Del total de mujeres, el 47,2% refiere tener algún antecedente médico, siendo la hipertensión y la diabetes las principales patologías. El 79,2% refiere tener pareja, el 74,5% tiene actividad sexual señalando un número de parejas sexuales de $2,69 \pm 2,73$ (rango 1 a 40). El 93,3% ha tenido hijos y el 58,9% es usuaria de algún método de planificación familiar. El 41,6% refiere haber tenido un familiar o amiga con CC.

El 76,5% de las mujeres ($n=741$) refiere tener un PAP en los últimos 3 años. De las mujeres que no tienen un PAP al día ($n=228$), el 14% nunca se ha realizado el PAP y el 86% restante refiere tenerlo hace más de 3 años. En relación al lugar donde se realizaron el PAP las mujeres con PAP al día, el 85,2% refiere habérselo hecho en el sistema público de salud, mientras que el 14,8% restante lo

hizo en el sistema privado de atención. Del total de mujeres con PAP al día, el 73,4% se lo hizo en el consultorio al cual pertenece.

Al relacionar las variables socioeconómicas con la adherencia al tamizaje en el grupo de estudio, se observa que no existen diferencias significativas según años de escolaridad (promedio $10,89 \pm 3,3$ años en el grupo que adhiere versus promedio $11,24 \pm 3,5$ años en el que no), etnia (8,4% en el grupo que adhiere versus 6,6% en el grupo que no), tiempo de permanencia en el lugar (promedio $166,4 \pm 127,9$ meses en el grupo que adhiere versus promedio $169,4 \pm 124,6$ en el grupo que no), presencia de familiar o amiga con CC (43% en el grupo que adhiere versus 36,8% en el grupo que no adhiere). Si se observan diferencias significativas (valor $p=0,001$) según presencia de trabajo remunerado (60,9% en el grupo que adhiere versus 72,8% en el grupo que no), siendo mayor la adherencia en el grupo que no trabaja remuneradamente.

Al analizar los beneficios percibidos de tomarse el PAP (tabla 1), más del 95% de las mujeres refiere estar de acuerdo o muy de acuerdo con los tres beneficios señalados en el cuestionario. Al analizar las diferencias entre las mujeres según adherencia, sólo 1 ítem presenta diferencias significativas, estableciendo que a mayor grado de acuerdo con que el PAP las hace sentir bien, aumenta la adherencia ($p < 0,01$). Al analizar los beneficios del PAP según lugar de adherencia, no se observan diferencias significativas en ninguno de los tres ítems.

En relación a las barreras percibidas por las mujeres (tabla 2), 8 de los 9 ítems muestra diferencias significativas según adherencia al tamizaje señalando que mientras menos barreras se perciben, mayor es la adherencia al examen. Si se analizan las barreras percibidas por las mujeres según lugar de adherencia, las diferencias solo se presentan en 3 ítems, todos ellos relacionados con las características de atención en los consultorios, siendo mayor la percepción de barreras en las mujeres que adhieren en el sistema privado de salud.

Respecto a la severidad del CC percibido por las mujeres (tabla 3), se destaca que en todos los ítems existe un grado de acuerdo con las afirmaciones en más del 97% de las mujeres. Al analizar si existen diferencias según adherencia al tamizaje, sólo el ítem que señala la necesidad de tratamiento con quimioterapia o radioterapia en mujeres que desarrollan un CC se presenta significativo ($p=0,021$), siendo mayor el grado de desacuerdo en las mujeres que no adhieren al tamizaje. Si se analizan las

respuestas según lugar de adherencia, no existen diferencias significativas entre los grupos.

Al analizar la susceptibilidad que las mujeres perciben para desarrollar un CC (tabla 4) según adherencia al PAP, solo el ítem relacionado con la percepción de riesgo de desarrollar un CC presenta diferencias significativas ($p=0,016$), señalando que a mayor percepción de riesgo es mayor la adherencia. Al analizar la susceptibilidad según lugar de adherencia, se observan diferencias significativas sólo en el ítem que señala que el CC es uno de los cánceres más comunes entre las mujeres de su edad ($p=0,027$), señalando un mayor grado de acuerdo con esta afirmación el grupo de mujeres que se atiende en el sistema público.

En relación los requisitos para tomarse un PAP (tabla 5), el grado de acuerdo de las mujeres en los tres ítems es cercano al 10%. Al analizar las diferencias según adherencia sólo el ítem que hace alusión a la necesidad de tener síntomas para tomarse el PAP presenta diferencias entre ambos grupos ($p<0,001$), encontrándose un mayor desacuerdo en las mujeres que adhieren. El mismo ítem también presenta diferencias significativas según lugar del PAP ($p=0,022$), existiendo un mayor acuerdo entre las mujeres que se atienden en el sistema privado.

Respecto a las señales de acción referidas por las mujeres (tabla 6), dentro de las principales motivaciones para realizarse el PAP se encuentran la indicación realizada por profesionales de la salud y la información de los medios de comunicación superando en ambos el 50% de acuerdo. Al comparar los grupos según adherencia, existen diferencias significativas en la motivación dada por el médico ($p=0,004$) y por la madre ($p=0,006$) siendo mayor la adherencia en las mujeres que refieren acuerdo con estas aseveraciones. Si se comparan los grupos según lugar de adherencia, se vuelven significativas las diferencias en lo que respecta a la solicitud de examen por parte de una enfermera o matrona ($p=0,005$) y el hecho de haber escuchado o leído algo en el diario o en algún programa de televisión o radio ($p=0,042$), indicando un mayor grado de acuerdo con ambas afirmaciones en el grupo de mujeres que se atienden en el sistema público de salud.

DISCUSIÓN

El CC es el cuarto cáncer más común en las mujeres a nivel mundial y el segundo en países menos desarrollados¹¹. Entre los países de Latinoamérica pertenecientes a la OCDE, México presentó la tasa

más alta de mortalidad por CC el año 2013, mientras que Chile ocupa el segundo lugar¹². Lo anterior hace necesario explicar las causas por las cuales las mujeres aumentan su riesgo de CC al no adherir al tamizaje.

Dentro de las fortalezas de este estudio se encuentra la muestra utilizada, representando a un gran porcentaje de mujeres, dentro de una de las comunas más pobladas de Chile. Sin embargo, dentro de las limitaciones se debe considerar que los resultados no pueden ser generalizados a toda la población chilena, ya que la muestra solo considera a mujeres pertenecientes a la comuna de Puente Alto. A pesar de esto, puede ser de utilidad para comparar con otras comunas en futuros estudios. Una segunda limitación está dada por la posibilidad que dado el prolongado tiempo de recolección de información, algunas de las mujeres pudieron haber recibido información sobre el tema, situación que no fue consultada, así como tampoco fue explicitada la pregunta sobre la nacionalidad de la muestra. Ambas variables debieran ser incluidas en futuros estudios.

A pesar que las mujeres pueden considerar que el CC es una enfermedad seria, no se perciben a sí mismas en riesgo de desarrollarlo^{13,14,15,16,17}, afectando por lo tanto las conductas preventivas¹⁸. Lo anterior concuerda con nuestros hallazgos, ya que las mujeres adherentes perciben un mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad, sin embargo la severidad de la misma no resulta ser un factor que afecte la adherencia. Un estudio previo reportó que casi el 80% de las mujeres entrevistadas no consideraba que el CC fuera tan grave como otros tipos de cánceres¹⁵.

Estudios realizados en Perú y en El Salvador indagaron sobre los beneficios percibidos por las mujeres que se habían realizado un PAP, señalando que cuidar de sí mismas y estar en control de su salud, las hacía sentir empoderadas¹⁹. Esto concuerda hallazgos descritos en mujeres chilenas⁵, así como los encontrados en el presente estudio, donde destaca que la mayor adherencia se asocia con el sentimiento de bienestar por el cuidado de la salud. Sin embargo, resulta curioso que no hubo diferencias en lo que respecta a salvar la vida; esto puede explicarse porque las mujeres perciben una baja letalidad del CC o simplemente porque desconocen sus consecuencias.

En relación a las barreras percibidas por las mujeres para la adherencia al tamizaje, cabe destacar que aquellas relacionadas con la calidad de atención se vuelven significativas cuando se analiza el lugar de adherencia: el maltrato por parte del personal del

consultorio, largo tiempo de espera, y horarios de atención difíciles de compatibilizar son barreras claramente establecidas por aquellas mujeres que adhieren al sistema privado de atención. La percepción de un servicio deficiente en el sistema público de salud, puede ser la causa por la cual decidan adherir a la libre elección en el sistema privado. Esta situación ha sido descrita en otros países¹⁹, donde además se reportan como problemas la pérdida de resultados, la calidad del examen y la falta de privacidad. Las barreras de acceso han sido descritas en principalmente en contextos latinoamericanos, no así en países desarrollados¹⁹.

Respecto a las barreras relacionadas con las características del examen, los resultados reportados concuerdan con investigaciones previas donde se señala la vergüenza que genera el examen^{14,16,20-22} y el miedo que les provoca el diagnóstico de cáncer^{4,6,16,23}. En relación a esto último, se ha descrito que hay mujeres que prefieren “no saber de enfermedades que no tienen tratamiento y que pueden llevar a la muerte”^{19,22}. Los hallazgos reportados en este estudio destacan que parte de las mujeres no se realizan el PAP por desconocer cada cuánto tiempo corresponde, lo que ya ha sido descrito en mujeres chilenas⁵ junto con la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida, asemejándose además a un estudio en Texas, EEUU²⁴ en el cuál no saber dónde dirigirse para tomarse un PAP fue el factor más fuertemente asociado con nunca haberse realizado el examen, concordando además con otros estudios^{15,17}, evidenciando, en todos estos casos, una falta de educación respecto de los requisitos.

El conocimiento sobre los requisitos para tomarse el PAP determina que una mujer se considere dentro o fuera de la población objetivo. Muchas mujeres piensan que el PAP sólo se realiza si hay síntomas^{13,14,16,25}, concordando con los resultados reportados, siendo una causa que determina diferencias en la adherencia al tamizaje. Respecto de la necesidad de tener hijos o estar teniendo relaciones sexuales actualmente, si bien la mayoría responde acertadamente, el 10% que no lo hizo. Esto ha sido reportado previamente en una muestra de mujeres chilenas⁵, en donde el 14,1% refirió que la presencia de relaciones sexuales es necesaria para adherir al tamizaje. Por lo tanto este punto debe ser considerado al momento de plantear intervenciones educativas.

Las señales de acción son también un factor determinante en la adherencia, ya que traducen la motivación detrás de dicha acción. En este estudio

destaca como significativa la motivación dada por el médico o la madre de las mujeres, coincidiendo con estudios previos^{4,5,26}. En la literatura además se ha descrito cómo la sola adherencia al tamizaje por parte de la madre influye positivamente en las conductas preventivas de las hijas²⁷, así como una actitud negativa en relación al examen puede influir sustancialmente en si recomienda o no²⁸, lo que podría estar explicando en parte los resultados. Un estudio realizado en Malasia¹⁶, reportó que tres cuartos de las entrevistadas expresaron su voluntad de realizarse un PAP si eran aconsejadas por un profesional de la salud. Entre nuestros hallazgos destaca que para aquellas mujeres que adhieren al sistema público la motivación estuvo dada en mayor medida por la solicitud de la enfermera o matrona, no del médico, probablemente debido a la mayor cercanía con estas profesionales en atención primaria. La solicitud por parte de un profesional de salud resulta relevante de considerar, y debiera ser extendida esta invitación no tan solo por aquellos profesionales relacionados al área ginecológica, sino que por cualquier otro facultativo.

En un estudio previo realizado en mujeres chilenas⁵ en el que se utilizó el mismo instrumento para medir creencias, reportó, posterior a un análisis factorial, que las correlaciones entre las 6 diferentes dimensiones estudiadas son todas positivas, salvo una, indicando por tanto que las dimensiones se mueven en una misma dirección. En este sentido, debe considerarse que mientras menos requisitos se perciban como necesarios, mayor sea la percepción de riesgo, y mejor sea la educación sobre factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad, los beneficios de adherir al tamizaje serían percibidos con mayor fuerza y las señales de acción (como la indicación médica) serían más efectivas. Cabe señalar que este estudio se realizó en mujeres bajo control en un centro asistencial de nivel secundario, por lo que las características de la muestra pueden variar en relación a la del presente estudio.

Los hallazgos de este estudio tienen varias implicancias para la clínica. Las barreras reportadas deben ser consideradas, tanto para plantear mejoras en los servicios de salud, particularmente a nivel público, como también para enfocar la educación que se entrega a las mujeres, destacando la información sobre los requisitos y periodicidad del examen. El miedo al cáncer es otra barrera que debe abordarse, cobrando importancia la educación respecto a la naturaleza preventiva del tamizaje. Los hallazgos además demuestran que los profesionales de la salud

tienen una importante influencia en los comportamientos preventivos de las mujeres, por lo que no se debería perder la oportunidad de alentarlas a asumir la responsabilidad de su propia salud, así como indagar respecto a las creencias que estén influyendo en sus conductas.

CONCLUSIONES

Un componente importante de un programa de tamizaje eficaz es su capacidad de incorporar y comprender las opiniones y comportamientos de las mujeres en relación a la prevención de enfermedades, de forma de aumentar la cobertura y asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento²⁹. En este sentido, el enfoque para aumentar la cobertura del tamizaje de CC no debe estar puramente dirigido al ámbito biomédico, sino también tomar en cuenta las creencias de las mujeres a las que se dirige, así como también experiencias previas en ámbitos de salud, entendiendo la adherencia al tamizaje como un fenómeno multifactorial.

BIBLIOGRAFIA

- Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26S:L37-L48
- Organización Panamericana de la Salud. *Cáncer cérvicouterino en las Américas*, 2014. Hallado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=17244&lang=es. Acceso el 20 de septiembre de 2017
- Organización Panamericana de la Salud. *Epidemiología del Cáncer cérvicouterino en las Américas*, 2014. Hallado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=21832&lang=es. Acceso el 20 de septiembre de 2017
- Szalacha LA, Kue J, Menon U. Knowledge and Beliefs Regarding Breast and Cervical Cancer Screening Among Mexican-Heritage Latinas. *Cancer Nurs* 2017; 40(5):420-427.
- Urrutia MT. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012; 77(1): 3-10.
- Petrocy A, Katz ML. Cervical cancer and HPV: knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors among women living in Guatemala. *J Health Care Poor Underserved* 2014; 25(2):624-636.
- Marván ML, Ehrenzweig Y, Catillo-López RL. Fatalistic Beliefs and Cervical Cancer Screening Among Mexican Women. *Health Care Women Int*. 2016;37(1):140-154.
- A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models [Software], 2016-2017. Soper D. Disponible en <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Guía clínica AUGÉ. Examen medicina preventiva. Serie Guías Clínicas MINSAL*, 2013.
- Urrutia MT, Hall R. Beliefs about cervical cancer and Pap test: A new Chilean Questionnaire. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):126-131.
- Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Fact sheet. Updated June 2016. WHO. Hallado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>. Acceso el 20 de septiembre de 2017
- OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Hallado en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en Acceso el 20 de septiembre de 2017
- Laranjeira CA. Portuguese women's knowledge and health beliefs about cervical cancer and its screening. *Soc Work Public Health*. 2013;28(2):150-157.
- Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, et al. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013; 22(3):276-288.
- Esin MN, Bulduk S, Ardic A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *J Cancer Educ*. 2011; 26(3):510-515.
- Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Cervical cancer screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Int J Behav Med*. 2008;15(4):289-292.
- Sawadogo B, Gitta SN, Rutebemberwa E, Sawadogo M, Meda N. Knowledge and beliefs on cervical cancer and practices on cervical cancer screening among women aged 20 to 50 years in Ouagadougou, Burkina Faso, 2012: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J* 2014;18:175
- Marteau T, Hankins M, Collins B. Perceptions of risk of cervical cancer and attitudes towards cervical screening: a comparison of smokers and non-smokers. *Fam Pract* 2002; 19(1):18-22.
- Agurto I, Bishop A, Sánchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004; 39(1):91-98.
- Luque JS, Tarasenko YN, Maupin JN, Alfonso ML, Watson LC, Reyes-García C, et al. Cultural beliefs and understandings of cervical cancer among

- Mexican immigrant women in Southeast Georgia. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(3):713-721.
21. Kim HW. The health beliefs of mothers about preventing cervical cancer and their intention to recommend the Pap test to their daughters: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2016;16:370.
 22. Ciertas percepciones y creencias de las mujeres hispanas en Estados Unidos obstaculizan la prevención del cáncer cervicouterino. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15(4), 273-274.
 23. Hasahya OT, Berggren V, Sematimba D, Nabirye RC, Kumakech E. Beliefs, perceptions and health-seeking behaviours in relation to cervical cancer: a qualitative study among women in Uganda following completion of an HPV vaccination campaign. *Glob Health Action*. 2016;9(1):29336.
 24. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Prev Med* 2004;38(2):192-197.
 25. Lee-Lin F, Pett M, Menon U, Lee S, Nail L, Mooney K, et al. Cervical cancer beliefs and pap test screening practices among Chinese American immigrants. *Oncol Nurs Forum* 2007;34(6):1203-1209.
 26. Tacken MA, Braspenning JC, Hermens RP, Spreeuwenberg PM, van den Hoogen HJ, de Bakker DH, et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J Public Health* 2007;17(2):178-185.
 27. Chao C, Slezak JM, Coleman KJ, Jacobsen SJ. Papanicolaou screening behavior in mothers and human papillomavirus vaccine uptake in adolescent girls. *Am J Public Health* 2009; 99(6):1137-42.
 28. Kim HW, Kim DH. Awareness of cervical cancer prevention among mothers of adolescent daughters in Korea: qualitative research. *BMJ Open* 2015;5:e006915.
 29. Hubbell FA, Chavez LR, Mishra SI, Valdez RB. Beliefs about sexual behavior and other predictors of Papanicolaou smear screening among Latinas and Anglo women. *Arch Intern Med* 1996; 156(20):2353-2358..
-