



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS HACIA LA TOMA DEL  
PAPANICOLAOU EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE  
CASTILLA-PIURA, 2018.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA**

**MONDRAGÓN FLORES, ANDREA NICOL**

**ORCID: 0000-0001-6954-3124**

**ASESORA**

**VÁSQUEZ SALDARRIAGA, FLOR DE MARÍA**

**ORCID:0000-0003-2445-9388**

**PIURA-PERÚ**

**2020**

## **EQUIPO DE TRABAJO**

### **AUTORA**

Mondragón Flores, Andrea Nicol

ORCID: 0000-0001-6954-3124

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, estudiante de pregrado, Piura-Perú.

### **ASESORA**

Vásquez Saldarriaga, Flor de María

ORCID: 0000-0003-2445-9388

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,  
Escuela profesional de Obstetricia, Piura-Perú.

### **JURADO**

Vásquez Ramirez De Lachira, Bertha Mariana

ORCID: 0000-0003-2847-2117

Preciado Marchán, Anita Elizabeth

ORCID: 0000-0002-1818-8174

Eto Aymar, Yoshida Irina

ORCID: 0000-0003-0860-4581

**FIRMA DE JURADO Y ASESOR**

Dra. VÁSQUEZ RAMIREZ DE LACHIRA, BERTHA MARIANA

**Presidente**

Mgtr. PRECIADO MARCHÁN, ANITA ELIZABETH

**Miembro**

Mgtr. ETO AYMAR, YOSHIDA IRINA

**Miembro**

Mgtr. VÁSQUEZ SALDARRIAGA, FLOR DE MARÍA

**Asesora**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios;** por darme vida, salud y la vocación de servicio para estudiar esta carrera.

**A mis padres y hermanos;** por brindarme su apoyo, confianza y sobre todo la oportunidad de convertirme en una profesional de la salud.

**A mi asesora, obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga,** por brindarme sus conocimientos, su dedicación y paciencia durante este proceso de investigación.

***ANDREA NICOL***

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general, determinar las actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil, atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018. Fue de tipo cuantitativo y nivel descriptivo simple, de diseño no experimental, de corte transversal. Se tomó una muestra de 150 mujeres en edad fértil a quienes, mediante técnica de la encuesta, se les aplicó un cuestionario para evaluar las actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou y otro, sobre características sociodemográficas, sexuales y reproductivas. Los resultados demostraron que un representativo 62,67% de las mujeres encuestadas, manifestaron actitudes favorables, sin embargo, un 70,67% reportó prácticas desfavorables. En lo referido a las características sociodemográficas se encontró, que el 52,67% están entre 20 a 29 años de edad y con respecto a las características sexuales y reproductivas el 92,67 % de las mujeres en edad fértil, indicaron haber tenido relaciones coitales; de las cuales un 35,46% refirió que el inicio de su actividad coital se dio entre los 15 a 17 años de edad. Se concluyó que en forma global las mujeres en edad fértil tienen actitudes favorables y prácticas desfavorables hacia la toma del Papanicolaou, con el 62,67% y el 70,67%, respectivamente.

**Palabras clave:** Actitudes, mujeres, Papanicolaou, prácticas.

## ABSTRACT

The present research had the general objective of determining the attitudes and practices towards Pap smear taking in women of childbearing age, attended at the Maternal and Child Health Center of Castilla-Piura, 2018. It was of a quantitative type and a simple descriptive level, of non-experimental design, of cross-section. A sample was taken from 150 women of childbearing age who, using the survey technique, applied a questionnaire to assess attitudes and practices towards Pap smear collection and another, on sociodemographic, sexual and reproductive characteristics. The results showed that a representative 62.67% of the women surveyed, showed favorable attitudes, however, 70.67% reported unfavorable practices. Regarding sociodemographic characteristics, it was found that 52.67% are between 20 to 29 years of age and with regard to sexual and reproductive characteristics, 92.67% of women of childbearing age, indicated having had intercourse; of which 35.46% reported that the start of their coital activity occurred between 15 to 17 years of age. It was concluded that, globally, women of childbearing age have favorable attitudes and unfavorable practices towards Pap smear taking, with 62.67% and 70.67%, respectively.

**Key words:** Attitudes, women, Pap smears, practices.

## CONTENIDO

Título de la tesis.....	i
Equipo de trabajo.....	ii
Hoja de firma de jurado y asesor.....	iii
Hoja de agradecimiento.....	iv
Resumen y Abstract.....	v
Índice de tablas, figuras y cuadros.....	viii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de la literatura.....	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Marco Conceptual.....	13
III. Metodología.....	40
3.1 Diseño de la Investigación.....	40
3.2 Población y Muestra. ....	40
3.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	44
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	48
3.5 Plan de Análisis.....	50
3.6. Matriz de Consistencia.....	51
3.7 Principios Éticos.....	54
IV. RESULTADOS.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Análisis de Resultados.....	60
V. Conclusiones.....	69
Aspectos complementarios.....	70
Referencias bibliográficas.....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Actitudes hacia la toma del Papanicolaou en forma global de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.....	55
Tabla 2. Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en forma global de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.....	56
Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla - Piura, 2018.....	57
Tabla 4. Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla - Piura, 2018.....	58



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de torta de las actitudes hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla - Piura, 2018.....70

Figura 2. Gráfico de torta de las prácticas hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla - Piura, 2018 .....71

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Matriz de operacionalización de la variable actitudes hacia la toma del Papanicolaou.....	44
Cuadro 2. Matriz de operacionalización de la variable prácticas hacia la toma de Papanicolaou.....	45
Cuadro 3. Matriz de operacionalización de la variable características sociodemográficas.....	46
Cuadro 4. Matriz de operacionalización de la variable característica de control.....	47

## I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix figura una seria problemática para la salud pública ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2018 el reporte de incidencia muestra un aproximado de 570,000 casos de cáncer de cuello uterino y 311,000 muertes a nivel mundial; en consecuencia, esta enfermedad se sitúa como el cuarto carcinoma diagnosticado reiteradamente y es la cuarta causa de defunción por cáncer en la población femenina. Asimismo, ocupa el segundo lugar en incidencia y mortandad tras el carcinoma de mama en entornos con índice de desarrollo humano bajo (1). Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que, en el presente año se diagnosticaron más de 72,000 mujeres y murieron un aproximado de 34,000 en América Latina y el Caribe (2). Sin embargo, en América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Asia occidental (Arabia Saudita e Irak) las tasas son 7 a 10 veces menores (1).

Ahora bien, la tasa de mortalidad en la región de las Américas se triplica en comparación con la de América del Norte, observándose en gran medida las desigualdades en el sistema de salud (2). De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que en 11 países de esta región el cáncer cervical todavía ocupa el primer lugar en mortalidad por cáncer entre la población femenina (3). Siendo la causa básica de estas desigualdades la carencia concerniente a los programas de detección precoz y tratamiento. Además, de la relativa desigualdad para el acceso a dichos programas (2). Por tanto, el fortalecimiento de estos sistemas de tamizaje y el adecuado tratamiento de las lesiones precancerosas son esenciales para disminuir la mortalidad por esta enfermedad (3).

No obstante, en el Perú entre 12 y 14 mujeres son diagnosticadas con carcinoma de cérvix y 6 o 7 fallecen cada día por déficit de una detección propicia. Al mismo tiempo La Liga contra el Cáncer determina que esta enfermedad aqueja al 34,6% de cada 100,000 peruanas y cada año se informan unos 5,500 casos recientes. Es más, según lo manifestado por Gilmar Grisson, Oncólogo de La Liga contra el Cáncer esta elevada incidencia puede estar relacionada en gran manera con la idiosincrasia de la población debido a que entre las féminas no existe el hábito de realizarse la Citología cervical (Papanicolaou) por temor, vergüenza o escasas de información y el otro grupo no confía en la prueba por cuya razón no considera necesario practicársela, en cambio; las que si se la practican lo hacen de una manera errónea (4).

De igual modo, en la región Piura el Jefe de Intervención Sanitaria e Integral de la Dirección Regional de Salud de Piura (Diresa), comunicó que durante los años 2012 y 2016 la región presentó una incidencia del 9.9%, es decir, un aproximado de mil casos de cáncer cervical, causada por el virus del papiloma humano (VPH). Y resaltó que estos casos van en aumento porque las mujeres no tienen la costumbre de practicarse la prueba del Papanicolaou como prevención contra este tipo de cáncer que es curable si se detecta tempranamente. Motivo por el que se exhortó practicarse la prueba (5). Ya que, si no se realiza este tamizaje, el cáncer suele diagnosticarse generalmente cuando ya está en un estadio muy avanzado y es demasiado tarde para que el tratamiento sea efectivo, elevándose la mortalidad por esta causa (6).

Por consiguiente, frente al panorama revelado previamente, es indispensable desarrollar esta investigación en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla, ya

que según informantes clave manifiestan, todavía no se ha conseguido que todas las mujeres sexualmente activas discernan lo provechoso que es practicarse el tamizaje del Papanicolaou reiteradamente como prevención del cáncer cervical. Por ende, el trabajo arduo continúa. A su vez, esta situación refleja que la población de mujeres en estudio del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla tiene escasa predisposición con respecto a la práctica del Papanicolaou por ello es muy importante realizar la investigación de las variables expuestas anteriormente para percibir los factores inmersos en el problema y la realidad que atraviesa cada una de las mujeres, que ocasionan este problema con el único propósito de contribuir en la solución.

Por lo tanto, frente a esta situación problemática es imprescindible enunciar la siguiente pregunta: ¿Qué actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla -Piura, 2018? Se planteó como objetivo general: Determinar las actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018. Así pues, para conseguir el objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos: (a) Identificar las actitudes hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres del ámbito de estudio, (b) Identificar las prácticas frente a la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres del ámbito de estudio, (c) Identificar las características sociodemográficas de las mujeres del ámbito de estudio, (d) Identificar las características sexuales y reproductivas en las mujeres del ámbito de estudio.

El estudio se justifica ya que el cáncer de cuello uterino cada vez tiene más incidencia tanto en mujeres jóvenes como en adultas, causando la pérdida de valiosos años de vida e incluso la muerte. Debido a la escasa práctica de la prueba del Papanicolaou y la consecuente identificación oportuna de lesiones precancerosas y su tratamiento, por ello, este estudio aportará material teórico-práctico imprescindible para demostrar la importancia del Papanicolaou y la vulnerabilidad de la mujer frente a la no realización del mismo; con el fin de que se empodere y deje atrás los prejuicios y estereotipos de género y factores culturalmente establecidos que pueden limitar severamente el acceso de una porción de mujeres a los servicios de prevención (6).

Así pues, el tamizaje con el examen de Papanicolaou, es la clave para el diagnóstico de lesiones malignas y la prevención del cáncer de cérvix, por tal motivo este estudio contribuirá a identificar las causas que interfieren en la poca costumbre de las mujeres para realizarse la prueba. También orientará a mejorar e implementar los programas de promoción y prevención de la salud haciendo uso de las tecnologías actuales, para que se brinde información clara, precisa y adecuada que logre la sensibilización y concientización de las mujeres sobre la importancia del tamizaje como parte del cuidado de su salud sexual y reproductiva aunado a benéficos cambios de conducta de las mismas. A su vez, se puedan extremar los procedimientos de salud con respecto a los servicios de diagnóstico precoz, modernización de las técnicas que disponen intervenciones prioritarias para el control del cáncer cervical (7), con el fin de ofrecer una atención de calidad y calidez a las usuarias.

Por otro lado, este estudio fue de tipo descriptivo simple, nivel cuantitativo y de diseño no experimental, de corte transversal. Se ejecutó en una muestra de 150 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años que se atendieron en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018; se realizó a través de la encuesta aplicando el instrumento de recolección de datos orientado a evaluar las actitudes y prácticas de este grupo poblacional hacia la toma del examen de Papanicolaou, cuya confiabilidad arrojó el 0,830 para actitudes y el 0,880 para las prácticas.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el 62,67% presentó actitudes favorables hacia la prueba del Papanicolaou. Con respecto a las prácticas el 70,67% fueron desfavorables. En lo que se refiere a las características sociodemográficas se percibió que un 79,33% de las mujeres encuestadas refirieron ser católicas; un 70,00% tuvo secundaria como máximo nivel de escolaridad, un alto porcentaje de 60,00% fueron amas de casa, el 52,67% tienen edades entre 20 a 29 años y por último un 41,33% reportó ser conviviente.

En lo concerniente a las características sexuales y reproductivas, se halló que el 92,67% de las mujeres en edad fértil ha tenido relaciones coitales, de las que el 70,00% ha tenido ITS y el 69,33% recibió tratamiento para esta. Además, un alto porcentaje del 66,67% tienen relaciones coitales frecuentemente, el 60,00% no ha tenido abortos, el 53,96% ha tenido un solo compañero sexual y el 39,17% tuvo más de dos partos. Cabe resaltar que el 35,97% de las mujeres inició su vida sexual entre los 15 a 17 años y finalmente el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo/regla con un porcentaje de 24,00%.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes Locales

García C. (8) Piura 2018, realizó un estudio denominado: Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 40 años atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 el Obrero Sullana- Piura, periodo Mayo 2018, el cual fue de tipo descriptivo, cuantitativo y de diseño no experimental. Además, tuvo una muestra de 38 mujeres mayores de 40 años, que acudieron al servicio de medicina general del Establecimiento de Salud y con respecto a las características sociodemográficas un alto porcentaje de mujeres reportó ser conviviente con un (73,69%), un (73,68%) refirió ser ama de casa, el 65,79% tener secundaria y el (100%) profesar la religión católica.

Viera Y. (9) Piura 2018, en su tesis titulada: Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres mayores de 40 años atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 Marcavelica - Sullana - Piura, periodo Mayo 2018, demostró con respecto a las características reproductivas que el 68,75% reportó como edades predominantes del inicio de las relaciones coitales los 10 a 14 años, el 71,88% refirió haber tenido más de 2 partos, y el 71,87% manifestó que la frecuencia de sus relaciones coitales es ocasional, mientras que un mínimo 12,50% manifestó que por ahora no tiene. Según el número de compañeros sexuales es preponderante la cantidad de 2, el método anticonceptivo más usado es el inyectable solo de progestágeno,



mientras que el 75% no han manifestado haber tenido ITS y con el mismo porcentaje no han recibido tratamiento de las mismas.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Delgado J. (10) Perú 2015, en su investigación sobre el Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas hacia la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente las Mercedes, la cual fue cuantitativa con enfoque descriptivo transversal, con una muestra de 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital, se obtuvo que un 53.9% presentó un nivel de prácticas incorrecta y un menor porcentaje de 46,01% un nivel de prácticas correcta. Se encontró que el 57.1% no se ha realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años, el 62.9% de mujeres se han practicado la prueba alguna vez en su vida, de este porcentaje un mínimo porcentaje de 29.6% se han practicado la prueba de Papanicolaou anual, el 50.4% se la realizó por indicación médica y el 83.5% solicitó explicaciones sobre el resultado de la prueba de Papanicolaou.

Macha E. (11) Perú 2016, en su estudio titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de Chupaca, Huancayo-2016. Fue de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal de una sola casilla. Con una población de 150, de la que se estudió una muestra de 108 mujeres en edad fértil y se empleó un muestreo no probabilístico. Se demostró que un alto porcentaje de 88,9% de mujeres tienen una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou. Donde el 85,2% refiere disponibilidad para el examen y el 85,2 la

califica como importante para la detección del cáncer; el 83,3% considera importante la explicación de los resultados; 82,4% demuestra disponibilidad para la lectura de los resultados, el 79.6% siempre solicita los resultados; el 78,7% considera la toma de PAP anual, un 64,8% refiere que no es un obstáculo el material y el 50,9% considera que no es necesario que el médico indique el examen.

Amaya R. (12) Perú 2016, en su tesis sobre: Conocimientos, actitudes y prácticas hacia el Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven del Porvenir-Chimbote-2014, la cual fue descriptiva y contó con una muestra de 120 mujeres en edad fértil. Teniendo como resultado respecto a las características sexuales y reproductivas, que el 72% de las mujeres entrevistadas iniciaron su actividad sexual entre los 13 a 16 años de edad y el 15% entre los 17a 20 años. Por otro lado, un 60% fueron multíparas y el 90% no tuvo ningún aborto. Además, un 85% refiere no haber tenido actividad sexual y el 77% tuvo hasta dos parejas sexuales. Cabe resaltar que el 31% no usa ningún método anticonceptivo y el 19% prefiere calcular con el calendario. Empero el 15% de las mujeres encuestadas sufrió alguna vez de infecciones de transmisión sexual, sin embargo, el 95% no recibió ningún tipo de tratamiento

### **2.1.3 Antecedentes Internacionales**

Carrasco J, Silva J. (13) Nicaragua 2016, en su estudio denominado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la técnica de Papanicolaou en mujeres de edad fértil con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Edwin Barahona Colindres del Municipio de Murra, Departamento de Nueva Segovia en el periodo Octubre - Diciembre del 2016. Realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte

transversal, y tuvo un universo de 545 Mujeres, con una muestra de 229 mujeres en edad fértil. De modo que con respecto a las características sociodemográficas el 45.41% poseen un rango de edad entre 15-26 años y un 15.28%. entre los 27-38 años. En lo referente al estado civil el 28.82% eran mujeres con estatus de acompañada y el 51.09% son católicas, el 21.39% posee un nivel académico de secundaria y por último en cuanto a la procedencia, el 44.97% son de procedencia rural.

Tumipamba M. (14) Ecuador 2018, en su tesis titulada: Conocimientos, actitudes y prácticas del examen Papanicolaou en mujeres de edad fértil, Centro de Salud San Antonio - Ibarra 2017. El cual realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo y transversal. Y la población estuvo compuesta por 100 mujeres en edad fértil. En el que se encontró con respecto a las actitudes que el 74,00% de las mujeres en edad fértil tienen actitudes favorables mientras que el menor porcentaje de 26,00% tienen actitudes desfavorables.

## 2.2. Bases Teóricas

Las actitudes son un conjunto de valores y regímenes de convicciones con respecto a un tema preciso (15). Según Ramírez E. (16), en su investigación señala que las actitudes son el conjunto de predisposiciones, emociones humanas, convencionalismos o distorsiones, nociones premeditadas, percepciones, convicciones, conminaciones y miedos de las personas relacionado con algún tema determinado. Además, es una predisposición estable, no propia; que el objeto (individuo, grupo, condición) puede modificar, al reaccionar de un modo valorativo, favorable o desfavorable. Es una manera de ser, una postura de inclinaciones, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta hacia ella, lo que posibilita argüir como un individuo estimulado por un estímulo adopta una determinada práctica y no otra.

De acuerdo a Ubillus D. (15), en su estudio menciona como principales teorías las siguientes:

- **Teorías del aprendizaje:** asegura que la conducta se aprende. Así mismo, toda costumbre es materia de aprendizaje, sea por ensayo, por imitación o por error.
- **Teoría de la estabilidad de cogniciones:** menciona que la incongruencia entre dos estados de conciencia obliga a que las personas exterioricen algún nivel de ansiedad. Motivo por el que cambian sus pensamientos o sus acciones para que puedan conectarse consigo mismo.

- **Teoría de la desarmonía de cogniciones:** Festinger L planteó que las personas intentan conservar su firmeza interna. Manifestando que las personas soportan presión, fastidio o angustia cuando sus creencias, conducta o comportamiento no son congruentes entre sí, por lo cual esta disconformidad conducirá a la persona a un propósito de reformatión de su comportamiento o a preservar sus creencias o actitudes y lograr disminuir o erradicar tal presión.

### **2.2.2 Prácticas**

Las prácticas o comportamientos son actitudes observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto específico; son la acción. Por lo tanto, la práctica se podría decir que son reacciones u actuaciones repetidas en los individuos, de tal manera que son definidos como hábitos, los cuales constituyen una respuesta para una situación concreta. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en distintos aspectos de su vida (16).

Así mismo Reckwitz define: la práctica como una manera repetitiva de conducta constituida por distintos elementos conjugados: actividades del cuerpo, actividades mentales, objetos y uso, y otros modos de conocimiento que están en la base tales como significados, conocimientos prácticos, emociones y motivaciones (etc.), la práctica compone una unión cuya existencia necesita de la interconexión especial entre estos diferentes componentes.

A continuación, se presentan las siguientes teorías:

- **Teoría sociológica:** según Bourdieu, la práctica evoluciona vinculada en forma directa al concepto de hábitos y busca advertir de la conexión entre los determinantes estructurales (la estructura de capitales) y las actividades y cuerpos de los actores que reclutan las distribuciones del habitus en la vida cotidiana.
- **Teoría de la estructuración:** Giddens define las prácticas sociales y extensión recursiva como una apariencia constitutiva de la vida social sobre la cual se originan y ejecutan las estructuras sociales. El autor acentúa la importancia del conocimiento práctico que se manifiesta en el organismo socio-temporal de prácticas y en su recursividad como el principio de disposiciones definitivas.
- **Filosofía pragmatista:** Wittgenstein afirma sobre el entendimiento del sentido y el significado como algo instalado en el ámbito de la praxis más no como si fuesen precursores a estados mentales subjetivos. A su vez, presenta la comprensión del mundo social como el producto efectivo de formas de actividad (17).

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Cáncer de cuello uterino**

El cáncer cervical es una alteración celular que inicia en el tejido epitelial del cuello uterino y se evidencia inicialmente a través de lesiones previas de lenta y gradual evolución, las cuales avanzan a cáncer in situ (limitado a la zona del epitelio) o un cáncer invasor en donde las células con proceso de malignidad penetran la membrana basal (18). Por lo cual esta enfermedad se produce en el momento que las células del cuerpo empiezan a desarrollarse de manera desordenada. Por ello no debemos ignorar que cada célula del cuerpo podría transformarse en cáncer y extenderse a otras zonas del cuerpo. Esta enfermedad se genera en las células que recubren el cérvix que es la porción uterina inferior, ya que la parte superior del útero se denomina cuerpo uterino que alberga al feto durante la gestación. El cérvix comunica el cuerpo uterino con la vagina.

La porción cervical próxima al cuerpo uterino se llama endocérvix. Mientras que la porción cercana a la vagina, se denomina exocérvix o ectocérvix. Se debe resaltar que existen 2 tipos primordiales de células que revisten el cérvix y son: las células escamosas (en el ectocérvix) y las glandulares en el endocérvix. El lugar donde convergen estos 2 tipos celulares se denomina área de transformación. La localización puntual del área de transformación se modifica a raíz del envejecimiento y con los partos. La mayoría de los cánceres cervicales inician en la zona de transformación.

### **2.3.1.2. Tipos de cáncer de cérvix**

Los dos tipos principales de cáncer cervical son: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Sin embargo, casi un 80% a 90% de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas. Los cuales proceden de células en el exocérvix, estas células presentan características de células delgadas y planas al ser analizadas con el microscopio en el laboratorio. Además, su inicio frecuentemente se da en la zona de transformación, que es la parte en que el endocérvix se une al ectocérvix).

La mayor parte de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas. Los cuales se generan de células glandulares (similar a las glándulas), es decir su origen proviene de las glándulas secretoras de moco del endocérvix. Por otro lado, es preciso mencionar que existe un cáncer menos común que posee características de los carcinomas de células escamosas (delgadas y planas), así como de los adenocarcinomas (células secretoras). Siendo esta la razón por la que estos tumores se denominan carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos (19).

### **2.3.1.3. Factores asociados**

#### **2.3.1.3.1 Papiloma Virus**

El primer paso para desarrollar el cáncer de cérvix es la infección cervical por un virus del papiloma humano de tipo oncogénico. La mayoría de infecciones se solucionan naturalmente, empero, un escaso número persistirá. Frente a ello las células del epitelio podrán prosperar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal. Por lo tanto, los virus de alto riesgo tienen mayor posibilidad de persistir ya que es menos probable que se resuelvan espontáneamente e incrementan



el desarrollo de una lesión intraepitelial (20), que si no se trata puede transformarse en un cáncer dentro de 10 a 20 años (6). Cabe resaltar que los tipos de VPH de alto riesgo son el 16 y 18 y son los responsables del 70% de los cánceres cervicales. Sin embargo, los de mayor frecuencia son el 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20% de la enfermedad.

Pero deberán estar implicados cofactores externos y propios del huésped para el desarrollo de carcinogénesis. A continuación, se mencionan los siguientes:

- a) **Susceptibilidad genética:** registrada a través del análisis en gemelos (menos del 1%) y en familiares en primer grado (doble de riesgo), además de estudios de asociación genómica.
- b) **Estados que involucren la inmunidad del huésped:** el déficit nutricional e infección por VIH que está relacionada con el incremento de 5 veces el riesgo (18). Asimismo, la inmunodepresión ocasionada por medicamentos corticosteroides, trasplantes de órganos y tratamientos para otros tipos de cáncer.
- c) **Factores ambientales como la exposición al humo del tabaco:** las mujeres fumadoras tienen 2 veces más riesgo de adquirir esta enfermedad que las que no lo son.
- d) **Edad:** las niñas menores de 15 años difícilmente desarrollan cáncer de cérvix. Sin embargo, este riesgo es mayor al final de la adolescencia y mediados de los 30 años. A su vez la población femenina con una edad por sobre los 40 años todavía tienen riesgo, por ello es menester que sigan practicándose

regularmente el examen de Papanicolaou y sometiéndose a las pruebas moleculares para detectar el virus del Papiloma Humano.

- e) **Factores socioeconómicos:** este cáncer se presenta con mayor frecuencia en mujeres con menos posibilidades de acceso a pruebas de diagnóstico para cáncer cervical. En este grupo están inmersas las mujeres de raza negra, hispanas e indígenas.
- f) **Exposición a Dietilestilbestrol (DES):** las mujeres hijas de madres que fueron tratadas con este fármaco durante el embarazo para evitar un aborto espontáneo tienen un elevado riesgo de sufrir de un cáncer de cuello uterino o de vagina. Por esta razón es primordial que se realicen el Papanicolaou cada año (21).
- g) **Además, existen otros factores que representan un riesgo de infección con el VPH y son:** precocidad de relaciones coitales, múltiples parejas sexuales, promiscuidad de la pareja, no uso de preservativo, lugar de procedencia (altas tasas de prevalencia e incidencia), infecciones de transmisión sexual y multiparidad (18).
- h) **Inicio de relaciones coitales en la adolescencia:** se estima que las adolescentes tienen elevado riesgo reproductivo, lo que posibilita el suceso de trastorno reproductivo que es un daño no deseado en el desarrollo de la reproducción. Los principales factores de riesgo son: comienzo temprano de las relaciones coitales, promiscuidad sexual, poco conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, elevada práctica de abortos, infecciones genitales e

ITS y embarazo no deseado. La educación en salud sexual en los adolescentes generalmente retrasa el inicio de la vida sexual activa entre los jóvenes y les ayuda a evitar conductas de riesgo cuando son iniciadas.

Las adolescentes constituyen el grupo de población con mayor riesgo de presentar ITS, lo cual está dado fundamentalmente por sus conductas sexuales, aunque algunos de los factores de riesgo son atribuibles a sus características biológicas, este riesgo está relacionado fundamentalmente con las conductas sexuales riesgosas. Estos resultados coinciden con algunos autores que plantean que la mayor parte de las adolescentes practican el sexo sin el uso del condón y la exposición al espermatozoide desde edades tempranas favorece la aparición del cáncer cérvico-uterino (20).

#### **2.3.1.4. Signos y síntomas**

**a) Infección por el VPH:** en lo absoluto no presenta síntomas.

**b) Las lesiones premalignas y el cáncer en estadio temprano:** son asintomáticos, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasos síntomas.

**c) El cáncer invasor en estadio avanzado:** presenta síntomas como sangrado vaginal anormal o variaciones inexplicables en el ciclo menstrual, también puede producir sangrado cuando hay contacto con el cuello del útero, por ejemplo, en el coito o con la utilización de un diafragma y dispareunia (18).

El tumor se desarrolla expandiéndose ampliamente por las superficies epiteliales, así como a las células escamosas y glandulares, cavidad endometrial, epitelio vaginal

y de manera lateral a la pared pélvica (19). Pudiendo penetrar directamente en la vejiga y ocasionar retención urinaria, inclusive producir una fístula vesico-urinaria. Asimismo, la expansión hacia el recto puede causar estreñimiento o provocar úlcera anal y vaginal. Por lo tanto, al observar el cuello uterino puede percibirse de color rojo, friable, ulcerado o con nódulos exofítico. Además, al tacto recto vaginal se puede encontrar parametrios endurecidos (18).

### **2.3.1.5. Prevención y manejo del cáncer de cérvix:**

#### **2.3.1.5.1. Prevención primaria**

El objetivo de salud pública es disminuir las infecciones por VPH porque, si estas permanecen, pueden transformarse en cáncer cervical (6).

Las intervenciones comprenden lo siguiente:

#### **A) Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano**

**Existen tres tipos de vacunas contra el Virus Papiloma Humano (VPH):** la Tetravalente y la Bivalente que son sumamente eficaces para prevenir infecciones por los tipos de VPH16, VPH18, que ocasionan una gran parte de los cánceres de cuello uterino. La vacuna tetravalente también protege contra VPH6, VPH11 que se asocian a verrugas genitales. La tercera vacuna es la Nonavalente que abarca protección contra VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado. La Norma Técnica de Salud que instaura el Esquema Nacional de Vacunación actual, dispone las indicaciones para la vacunación contra el VPH y establece que para las niñas que empiezan el esquema de vacunación con 2 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, el intervalo sea 6 meses entre dosis. Pero

las que ya iniciaron con el esquema anterior (3 dosis) continuarán hasta concluir el esquema.

- Además, se debe brindar información sanitaria y advertencias acerca del consumo de tabaco.
- **Educación sobre la sexualidad, adecuada a la edad y la cultura:** es decir se debe impartir educación a niños y niñas, acerca de, sexualidad saludable, según atañe a la edad y la cultura, con la finalidad de disminuir el peligro al contagio de VPH (unido a otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH); los mensajes principales tienen que abarcar el aplazamiento de la iniciación sexual y la reducción de las conductas sexuales de alto riesgo;
- Promoción y provisión de condones a los sexualmente activos.
- Circuncisión masculina, donde sea conveniente y oportuno (6).

#### **2.3.1.5.2. Prevención secundaria: reducir el riesgo de infección por VPH por medio del tamizaje y tratamiento de lesiones precancerosas**

##### **B) Tamizaje en población general**

- **El cáncer cervical suele ser de evolución lenta:** las lesiones premalignas precoces tardan de 10 a 20 años en transformarse en un cáncer invasor, de modo que es raro que se produzca antes de los 30 años de edad. El tamizaje de las féminas menores de esta edad encontrará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará cabida a tratamientos innecesarios, por tal razón no es costo-efectivo.

- El diagnóstico temprano mediante el tamizaje, de la población femenina del grupo etario previsto, acompañado del tratamiento de las lesiones pre malignas diagnosticadas, posibilita la prevención de la mayor parte de los cánceres cervicales.
- Las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden emplearse como sistemas de tamizaje.
- En el enfoque de “TAMIZAJE y TRATAMIENTO” o “VER Y TRATAR”, la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje, y el tratamiento se dispensa con rapidez o de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva.
- Esta perspectiva disminuye la pérdida de pacientes para el seguimiento de tal modo que, el inicio del tratamiento es más precoz.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje de VPH, se debe proceder a un nuevo tamizaje tras un intervalo mínimo de cinco años (18).

#### **2.3.1.5.3. Prevención terciaria: tratamiento del cáncer cervicouterino invasor**

El objetivo de salud pública es reducir el número de muertes ocasionadas por el cáncer de cérvix. Las intervenciones incluyen lo siguiente:

- un mecanismo de derivación de casos por los dispensadores de atención primaria a los establecimientos que brindan diagnóstico y tratamiento de la enfermedad;
- un diagnóstico preciso del cáncer y oportuno, previo estudio del grado de invasión.
- un tratamiento adecuado para cada estadio, apoyado en el siguiente diagnóstico:
  - **Cáncer en estadios iniciales:** si el cáncer está circunscrito al cuello del útero y zonas próximas (área pélvica), el tratamiento puede conseguir la curación; se debe dar el tratamiento más adecuado disponible y brindar asistencia para los síntomas relacionados al cáncer o a su tratamiento.
  - **Cáncer avanzado:** si el cáncer daña los tejidos que se ubican más allá del cuello uterino y de la zona pélvica o hay metástasis, el tratamiento puede mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y disminuir el martirio; se debe proveer el tratamiento más eficiente que exista y cuidados paliativos en establecimientos terciarios y a nivel de la comunidad, y el acceso a opioides. Con la finalidad de mitigar el dolor y el padecimiento.
- Asimismo, a todas las mujeres según sea necesario se les debe ofrecer: tratamiento del cáncer invasor a cualquier edad, cirugía ablativa, radioterapia, quimioterapia y cuidados paliativos (6).

### 2.3.1.6. Criterios de diagnóstico:

a) **Biopsia:** se determina un diagnóstico de lesiones pre malignas o cáncer con biopsia, aunque las biopsias no son necesarias para tratar lesiones del cuello uterino que se diagnosticaron por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) o colposcopia: la estrategia “tamizar o ver y tratar” aconseja tratar con crioterapia sin tener en cuenta el diagnóstico definitivo.

b) **Examen físico:** debe hacerse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer cervicouterino. La visualización del cérvix después de un examen con espéculo puede mostrar una apariencia normal o una lesión notoria del cuello de útero, los tumores voluminosos pueden reemplazar totalmente el cérvix. Cualquier lesión prominente, friable, o que tenga apariencia de condiloma debe ser biopsiada, muy aparte de los resultados benignos anteriores de citología de cuello uterino. Las únicas lesiones visibles que no necesitan biopsia son los quistes de Naboth, pero sólo si este diagnóstico ha sido confirmado por un examinador experto.

El cáncer generalmente inicia en la zona de transformación (la unión del epitelio escamoso del ectocérvix y el epitelio glandular del canal endocervical). La lesión puede presentarse como una ulceración exterior, un tumor exofítico en el exocérvix o una invasión del endocérvix. Esta enfermedad avanza de manera silenciosa y sin síntomas, para cuando se presentan ya está generalmente muy avanzada. Por esta razón, se debe realizar el tamizaje o despistaje a fin de descubrir la infección o lesiones precoces y brindar tratamientos alternativos.



**c) Diagnóstico diferencial:** este diagnóstico implica algunas circunstancias que dan lugar a sangrado vaginal irregular o abundante, flujo vaginal, o una lesión evidente de cuello uterino. El sangrado del tracto genital y flujo vaginal pueden ser ocasionados por varias situaciones, así pues, el sangrado post-coital, que es la presentación más específica de cáncer de cuello uterino, también puede derivar de una cervicitis. Por otra parte, las lesiones de tipo tumoral benignos que se pueden confundir con el cáncer cervical incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, las alteraciones glandulares causadas por la inflamación y la endometriosis.

**d) Inspección visual con ácido acético (IVAA):** este método de diagnóstico consiste en realizar un examen visual con espéculo, para el cual se emplea ácido metilcarboxílico (ácido acético al 5%) fijado en el cérvix. Mediante este método el epitelio anormal (displásico) se vuelve blanco y es posible detectarlo con facilidad. La sensibilidad del IVAA depende de la preparación y práctica del ejecutor y se ha utilizado entre un 70% a 80% para detectar NIC 2 y lesiones más severas.

- **Las ventajas del IVAA son las siguientes:** su sencillez, ya que se puede enseñar a obstetras, enfermeras, y otros trabajadores de la salud; menor costo al de otros procedimientos en el uso rutinario. Asimismo, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retorno para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia. Además, existen investigaciones en el Perú sobre la gran utilidad del IVAA, fundamentalmente cuando se emplea la estrategia “VER Y TRATAR”, usando

crioterapia. La inspección visual con ácido acético debe efectuarse por personal de la salud preparado.

**e) Pruebas moleculares para la detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH):** otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN de VPH de alto riesgo. Asimismo, los estudios evidencian que las pruebas de VPH moleculares son más eficaces que el IVAA y el PAP. No obstante, el precio de las pruebas moleculares para el diagnóstico de VPH y su complejidad pueden ser un obstáculo en los países en vías de desarrollo. Las ventajas de estas pruebas en los países desarrollados implican una adecuada conexión inter e intraobservador, además se pueden hacer controles de calidad. Finalmente cabe enfatizar que tienen gran sensibilidad.

Actualmente existen pruebas moleculares de bajo costo para detectar el VPH y requieren menos personal; las mismas que podrían ser manejadas por un equipo con poco entrenamiento. Además, la utilización de muestras autocolectadas (por la paciente) para la prueba del VPH podrían acrecentar de manera representativa la cobertura además ha revelado ser muy bien aceptada por la población femenina.

**f) Colposcopía:** es un método de diagnóstico a través de un colposcopio (dispositivo que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) que sirve para brindar una visibilidad extensa y clara del cérvix, vagina y vulva, la que demuestra que las lesiones malignas y premalignas del epitelio tienen características macroscópicas precisas enlazadas y contorneadas, color y patrón vascular observables por colposcopia.

La observación adecuada de las superficies epiteliales incrementa la disposición del colposcopista para diferenciar lo normal de lo anormal y lograr biopsias controladas de un tejido sospechoso. Sin embargo, su sensibilidad tampoco es perfecta ya que el diagnóstico colposcópico detecta solo el 70-80% de las lesiones de alto grado. De modo que, su objetivo primordial es detectar lesiones precancerosas y cancerosas de manera que permitan tratarse oportunamente. Cabe resaltar que, la colposcopia debe realizarse solo por personal de la salud capacitado y se aconseja la estrategia de “VER Y TRATAR”, siempre que haya posibilidad de usar crioterapia.

### **2.3.2. Citología cervical o prueba de Papanicolaou.**

#### **2.3.2.1. Definición**

Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se “raspan” con un cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), éste puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se lleva a cabo una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante aclarar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales (en general no se recomiendan en ningún caso), no use cremas vaginales y no tenga relaciones coitales.

Además, se debe evitar programar la citología durante la menstruación. Cabe resaltar que, siendo una prueba relativamente fácil, son muchos los pasos que pueden fallar como, por ejemplo, la toma de la muestra, la coloración y la lectura. A su vez, la susceptibilidad del PAP se estima en alrededor del 50%, por otra parte, el otro grave problema en nuestro medio es que la lectura de las muestras requiere personal muy

entrenado, toma tiempo, las pacientes a menudo no recogen sus resultados y se pierde esa ocasión valiosa de tratar tempranamente (18).

### **2.3.2.2 Equipamiento, materiales y suministros esenciales para el cribado de cáncer de cérvix**

Se necesita una camilla con pierneras, espéculos metálicos o de plástico, cepillos endocervicales, espátulas de Ayre, lápiz punta de diamante, placa de cristal (portaobjetos), caja para poner los portaobjetos y fijarlos, alcohol etílico al 96% (citofijador), lugol al 5%, Ácido etanoico (ácido Acético 5%), lámpara cuello de ganso con foco de luz amarilla de 100 Watts o LED, algodón, cotonetes, guantes desechables y cloruro de sodio al 9/1000.

### **2.3.2.3. Métodos para la toma del test de Papanicolaou.**

A toda paciente que se le realizará el examen de Papanicolaou se le tiene que brindar información personalizada y/o en conjunto sobre:

El cérvix, qué es y donde se ubica, factores de peligro asociados al cáncer de cérvix, función y significancia de la citología cervical, frecuencia, descripción de cómo se realiza y los efectos que conlleva el no practicársela; la relevancia de acercarse a recoger los resultados y el análisis de los resultados del tamizaje. Asimismo, se debe atender a la paciente con amabilidad y de manera respetuosa, siendo de suma importancia la legibilidad y claridad en la redacción del formato de solicitud, por otro lado, es prioritario indagar que la paciente:

No esté con la menstruación, ni presente flujo excesivo o inflamación grave, no le hayan realizado una histerectomía total por patología benigna, no haya tenido

relaciones coitales el día anterior, no se haya colocado supositorios o cremas vaginales y no haya hecho uso de una ducha vaginal 2 o 3 días antes.

#### **2.3.2.3.1. Identificación del portaobjetos:**

Los nombres y apellidos de la paciente se escriben con lápiz, el número de registro y la fecha de la toma de la muestra en un papel pequeño que se fija con un clip a la superficie contraria al extendido del portaobjetos. Los Establecimientos que tengan lápices con punta de diamante también los pueden utilizar.

#### **2.3.2.3.2. Procedimiento para realizar el test de Papanicolaou:**

El personal sanitario capacitado de manera correcta y con los materiales esenciales para realizar la toma de la muestra citológica del cérvix, tiene que escribir en el formato de solicitud la información privada que brinda la paciente antes de realizar la toma, es más, previo a la toma de la muestra se tiene que examinar directamente el cérvix para determinar alguna lesión observable a simple vista y no deberá realizar tacto vaginal antes de la toma.

#### **2.3.2.3.3. Forma en que se debe realizar el examen:**

- La paciente tiene que haber recibido información previa acerca del procedimiento, debe estar lista y en posición de litotomía para la exploración ginecológica.
- El profesional de la salud tiene que adoptar las medidas de bioseguridad pertinentes.

- Colocar el espéculo intravaginal; de ser necesario solo utilizar cloruro de sodio al 9/1000 hasta observar el cérvix.
- La manera precisa de tomar la muestra, requiere examinar directamente el cérvix y al mismo tiempo adquirir muestras de ectocérvix con un (dextrógiro de 360°) y endocérvix (levógiro de 180°), por medio de la utilización de espátula de Ayre y cepillo endocervical.
- Si ocurre sangrado leve o flujo, se realizará una limpieza meticulosa del cérvix, con torunda de algodón seco.
- En las embarazadas, está prohibido la toma de muestra de endocérvix con cepillo endocervical u otro material (para el ectocérvix usar cito-espátula de Ayre).
- En las féminas postmenopáusicas, donde el área de transformación migra hacia el conducto endocervical, es indispensable conseguir la muestra endocervical, a través del cepillo endocervical girándolo en 360°.

#### **2.3.2.3.4. Extendido de la muestra:**

- El extendido se efectuará inmediatamente, en la superficie contraria al papel de identificación del portaobjetos o en la misma superficie si se emplea el lápiz con punta de diamante.
- El extendido en el portaobjetos tiene que ser lo más fino y parejo que se pueda realizar, evitando grumos. Expandir la muestra en todo el portaobjetos, con ligeros movimientos y repartiéndola en una delgada lámina.

- La muestra de ectocérvix se expande a lo largo en una mitad de la placa de cristal.
- La muestra de endocérvix se la expande en la otra mitad de la placa de cristal.
- Seguidamente cierre y saque con delicadeza el espéculo.
- Ponga los materiales usados en la sustancia desinfectante.

#### **2.3.2.3.5. Fijación de la muestra:**

- Rápidamente introducir (antes de 5 segundos) completamente el portaobjetos identificado adecuadamente, con rotulación en papel o con lápiz punta de diamante en el fijador (alcohol etílico de 96°, contenido en un envase descubierto, de boca amplia y cubierta impermeable y próximo al ejecutor).
- El lapso mínimo de adherencia es 15 minutos cuando se emplea alcohol de 96° y de 30 minutos si se utiliza alcohol de 70°. Después sacar el portaobjetos y acomodarlo en un recipiente de madera o de plástico hasta el tiempo en que se mande al laboratorio.
- Si el material no se fija al instante, las células se deshidratarán y deformarán y es imposible realizar una interpretación correcta de la placa de cristal en el laboratorio.

#### **2.3.2.3.6. Otras consideraciones:**

- El recambio del fijador se realiza cada 24 horas y se utilizará alcohol etílico igual o mayor de 70° como fijador.

- El expedido del portaobjetos al laboratorio de citología se realizará en el lapso de una semana o menos.
- Para la seguridad del profesional de salud y de la paciente, el procedimiento completo de toma de muestra, extendido, fijación y manipulación de los portaobjetos se desarrollará con guantes desechables, teniendo en cuenta por completo las normas de bioseguridad.

#### **2.3.2.3.7. Prevenir las siguientes fallas:**

- Identificación incorrecta del portaobjetos.
- Utilizar lapicero o esparadrapo para rotular el portaobjetos.
- Usar portaobjetos contaminados.
- Exposición del portaobjetos al ambiente previo a la fijación (>30 segundos).
- Corto tiempo de fijación o utilización de alcohol etílico menor de 70°.
- Extendido sanguinolento.
- Extendido grueso con repartición desigual de la muestra.
- Giro exagerado o deficiente de la espátula encima del área de transformación (menor o mayor de 360°).
- Toma insuficiente de una amplia área de transformación.

#### **2.3.2.3.8. Preservación, empaquetado, traslado y remisión de muestras:**

- Preservación de las muestras: los portaobjetos con las muestras fijadas resguardarlas del polvo.



- Empaquetado de los portaobjetos: asegurarse de que los portaobjetos estén totalmente secos y rotulados para identificarlos con exactitud, en seguida, acomodar las placas de cristal en recipientes de madera o de plástico y colocarlas en cajas de cartón (si el transporte es lejano), junto a las órdenes correspondientes.
- Para el traslado: optar por un medio de traslado, veloz, módico, seguro y confiable. Asimismo, tiene que evaluarse la protección e integridad de los portaobjetos con el propósito de lograr tamizajes eficaces y prácticos.
- La expedición de muestras: el envío tiene que hacerse en un lapso aceptable para reducir el tiempo de reporte del resultado.

#### **2.3.2.4. Interpretación de resultados del examen de Papanicolaou según Nomenclatura del Sistema de Bethesda 2014.**

**AGC:** corresponde a células atípicas glandulares de significado indeterminado.

**ASC:** corresponde a células escamosas atípicas.

**ASC-H:** corresponde a células atípicas escamosas de significado indeterminado, que no excluyen lesión de alto grado.

**ASC-US:** corresponde a células atípicas escamosas de significado indeterminado.

**Carcinoma In Situ:** estadio de lesión pre maligna que daña por completo el grosor de la capa de revestimiento o tejido epitelial del cérvix, sin embargo, no atraviesa la membrana basal (22).

### 2.3.2.5. Lesiones Escamosas Intraepiteliales del Cuello Uterino.

Según el Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer (23), el Sistema de Bethesda realiza una clasificación de Lesiones Intraepiteliales Escamosas (SIL Citopatología de las lesiones intraepiteliales cervicales; Lesiones escamosas intraepiteliales [OMS, 2014]). Se designan lesiones intraepiteliales escamosas a la aparición de anomalías escamosas no invasoras del epitelio cervical concomitante al virus del papiloma humano. Desde un enfoque práctico y con estudio clínico, las SIL se distribuyen en dos grupos: lesiones de bajo grado y alto grado. Todas son provocadas por HPV de bajo y alto riesgo.

- a) **SIL de bajo grado:** representa la manifestación clínica y morfológica de la infección provocada por el HPV. Estas lesiones comprenden un bajo riesgo de escalar a un carcinoma. El género incluye a las lesiones virales puras, ya sean planas y/o acuminadas, y a las neoplasias intraepiteliales de tipo 1 (CIN1), también llamadas displasias leves.
  
- b) **Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG):** produce manifestaciones clínicas y morfológicas generadas por la infección del Virus del Papiloma Humano, las cuales poseen un bajo riesgo a transformarse en carcinoma. Categoría que incluye lesiones virales puras, ya sean planas y/o acuminadas llamados condilomas, y a las neoplasias intraepiteliales de tipo 1 (CIN1), también llamadas displasias leves.

- c) **SIL de alto grado (LIE AG):** es una lesión intraepitelial escamosa de alto grado, que corresponde a cambios moderados a severos con nivel significativo de desarrollar cáncer cervical, si no es tratada.

#### **2.3.2.6. Recomendaciones al equipo de salud.**

Se debe aprovechar toda oportunidad de contacto entre paciente y profesional de salud para aconsejar e indicar en lo tocante al cáncer de cérvix originado por VPH, en los siguientes puntos:

1. El cáncer de cérvix afecta a todos los grupos sociales.
2. Desarrollar el nivel de conciencia sobre la importancia de la vacunación contra el virus del papiloma humano.
3. Concientizar sobre el beneficio de la prueba de Papanicolaou como prevención del cáncer cervical.
4. Es de suma importancia enfatizar la información acerca de que la vacunación no sustituye a la detección periódica.

**❖ Estrategias para hacer que las mujeres se sometan a la exploración cervical:**

- Citas (fijas o abiertas).
- Comunicación por celular.

- Llamadas telefónicas.

- sugerencias verbales.

- Peticiones.

- WhatsApp.

❖ **Grupos de trabajo para determinar la efectividad de las intervenciones prometedoras:**

- Charlas en los colegios y barrios para hablar del tema.

- Personal de salud para promoción de la salud.

- Emplear a trabajadores sanitarios y a estudiantes de las diferentes áreas de salud.

- Realizar intensos intentos de reclutamiento de colaboradores en zonas de diferentes barrios (24).

**2.3.2.7. Perfil del Riesgo de abstención a la prueba de Papanicolaou.**

En efecto, la mejora de los niveles de cobertura, que comprende la acción preventiva ante el cáncer cervical, no se ha dado solamente para el restablecimiento de los niveles de acceso a la información o la superación del déficit de cobertura, a través del mejoramiento de equipos, oportunidades, accesibilidad y calidad de los servicios de salud; sino que también, por la consideración de estrategias socioeducativas que proporcionen la conformación de un perfil más propicio hacia la acción preventiva y

también de campañas públicas de marketing social que fomenten la aceptación y adscripción de las mujeres a programas que mejoren su propio bienestar y el del grupo social al que integran, a la vez que se alejen o desistan a conductas sociales de riesgo para su salud.

Por lo cual se concluye, que esta enfermedad exploya sus perjuicios desde las dimensiones personales hacia las relacionales y también pone en peligro la vida y deteriorara la salud, asimismo, trastorna el estado de bienestar social y económico. Cabe mencionar que dentro de la población femenina es la de mayor prevalencia epidemiológica y mortalidad sin embargo tiene una perspectiva de tratamiento en situaciones de detección precoz y cuenta con exámenes preventivos de auténtica eficacia. Para este cáncer se ha establecido una serie de procedimientos y exámenes predispuestos a la prevención, detección y tratamiento; a pesar de ello, el nivel de adscripción a la acción preventiva es bajo. Por este motivo, el objeto de las actuales políticas sanitarias debería ser la implantación de una cultura preventiva que contribuya hacia la actitud autorresponsable y prevenga conductas de riesgo en salud, renovando sus estrategias de comunicación a cerca de los riesgos de sufrir de esta enfermedad y la eficacia de sus instrumentos de detección precoz, como es el examen del Papanicolaou (25).

#### **2.3.2.8. Reclutamiento comunitario, educación y consejería.**

La difusión, el reclutamiento comunitario, la educación sanitaria y la consejería, son elementos fundamentales de todo plan eficaz de prevención y control del cáncer de cérvix, para asegurar una extensa cobertura de vacunación, una amplia cobertura de

tamizaje y un gran cumplimiento de las normas terapéuticas. Por esta razón, las tácticas de difusión tienen que llegar a las niñas y mujeres que más se favorecerán con la vacunación y el tamizaje, respectivamente, de igual modo a los hombres, los niños, los líderes de las comunidades y a directamente a los principales interesados.

Por otro lado, el reclutamiento comunitario y la educación sanitaria son mecanismos trascendentales para superar los desafíos frecuentes, que imposibilitan el acceso a la atención preventiva y el aprovechamiento de la misma; estos habituales impedimentos abarcan tabúes sociales, obstáculos idiomáticos, carencia de información y escasez de traslado a las zonas donde se brindan las atenciones; por ello, la educación sanitaria logra que las féminas, sus familias y la comunidad en su totalidad conozcan que el cáncer cervical es prevenible. Por tal motivo, los mensajes de educación sanitaria sobre el cáncer de cérvix tienen que revelar las políticas nacionales, tener adecuación a la cultura y ser consecuentes en todos los niveles del sistema sanitario.

Asimismo, los centros de asistencia sanitaria tienen que contar con una estancia privada que posibilite usarse para proveer a las féminas, información personalizada y de ser necesario consejería, con la finalidad de ayudarlas a escoger las mejores opciones para su salud, por ende, es menester preparar a los dispensadores de asistencia sanitaria, para que puedan dialogar sin prejuicios acerca de la sexualidad y plantear las cuestiones concernientes al cáncer cervical y el virus del papiloma humano (VPH), preservando siempre la privacidad y confidencialidad de las pacientes. Por

último, es esencial que los mensajes educativos se empeñen en que las féminas con resultados de tamizaje anormales retornen para su seguimiento.

#### **2.3.2.9. Fomento de la utilización de los servicios de prevención y control del cáncer cervicouterino.**

La prevención brinda la posibilidad de salvar vidas y economizar recursos. El precio de perder a una fémina por consecuencia del cáncer cervical es enorme, ya sea para la familia o para la comunidad; a su vez, la difusión comunitaria, la educación y consejería, si son adecuadas, cooperan a que las personas comprendan y reduzcan de manera individual el peligro hacia esta enfermedad, el de sus familiares y amigos. Por otra parte, admitan y se beneficien de las alternativas de atención preventiva, como vacunación y tamizaje. Asimismo, prevengan conductas de riesgo y adopten estilos de vida más saludables.

Ahora bien, una gran parte de féminas y familias probablemente requieran ayuda para vencer las dificultades que les imposibilitan obtener las prestaciones sanitarias. Estas dificultades pueden residir en temor a descubrir que poseen alguna infección o algún mal; vergüenza ante una exploración de los órganos genitales, desorientación acerca de la protección y la efectividad de la vacuna contra el VPH, carencia de tiempo o de un modo de transporte asequible para ir a los centros en los que se brindan las atenciones sanitarias. Por lo cual, el reclutamiento comunitario es un medio de participación comunitaria con el objetivo de identificar esas dificultades y elaborar estrategias para superarlas.

### **2.3.2.9.1. Peculiaridades y habilidades de comunicación de un educador competente en el tema de cáncer cervical.**

**a) Tener conocimientos:** comprender eficazmente el cáncer cervicouterino y la forma de prevenirlo; inclusive las razones por las que se favorece determinados grupos de edad para recibir los servicios. Ser capaz de anticipar preguntas y responder a ellas, y de indagar más información según sea necesario.

**b) Sentirse cómodo con el tema:** sentirse cómodo hablando de la anatomía femenina, del sexo y de la sexualidad.

**c) Ser preciso y congruente:** Transmitir mensajes esenciales, sencillos de comprender y adecuados para su público, además, de tener congruencia en ello.

**d) Ser sensitivo y no suspicaz:** los temas que se asocian con la salud sexual pueden ser sumamente susceptibles. Por ende, tiene que usarse un lenguaje y un tono adecuados, vigilando de no emitir alguna manifestación que agrave estigmas o fomenta estereotipos de género contraproducentes.

**e) Ser solidario:** escuchar bien, tener paciencia, tolerancia y ayudar a las féminas y familias a resolver sus dudas, además, de brindar apoyo para que puedan tomar decisiones adecuadas para la obtención de la atención requerida.



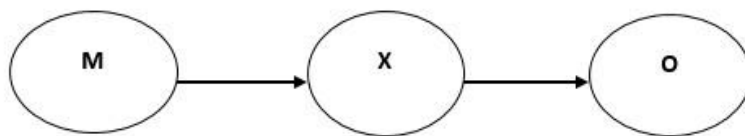
**f) Brindar una excelente hospitalidad e inspirar confort:** si las personas perciben el acogimiento, existirán mayores posibilidades de que retornen cuando precisen atención (6).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal.

#### ESQUEMA



Dónde:

**M:** Mujeres en edad fértil.

**X:** Actitudes y prácticas.

**O:** Representa lo que observamos.

#### 3.2 Población y Muestra

##### 3.2.1 Población

La población estuvo constituida por 245 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años que fueron atendidas en el Consultorio Externo de Ginecología del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, que reunían los criterios de selección.

El tamaño de la población fue definido por el registro de atenciones programadas en el servicio de Ginecología durante el periodo Mayo-Julio del 2018.

### **3.2.2 Muestra**

La muestra estuvo constituida por 150 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años que fueron atendidas en el consultorio externo de ginecología del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, en el periodo Mayo-Julio del 2018, que cumplieron con los criterios de selección. Para el cálculo del tamaño muestral se trabajó con un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la siguiente fórmula (población finita):

**Dónde:**

**n:** Muestra.

**N:** Total de la población 245.

**Z:** Nivel de confianza 95% (1,96).

**e:** Error muestral 5% (0,05).

**p:** Proporción de mujeres en edad fértil con actitud y práctica hacia la toma del Papanicolaou (50 %).

**q:** Proporción de mujeres en edad fértil con actitud y práctica hacia la toma del Papanicolaou (50%).

**Reemplazando la fórmula:**

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{245 * (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * (245 - 1) + (1,96)^2 * (0,5) * (0,5)}$$

$$n = \frac{235,298}{0,61 + 0,9604}$$

$$n = \frac{235,298}{1,5704}$$

$$n = 150$$

Se obtuvo una muestra conformada por 150 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años de edad que fueron atendidas en el Consultorio externo de ginecología del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura.

### **3.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión**

#### **3.2.3.1 Criterios de Inclusión**

1. Mujeres en edad fértil atendidas en el periodo de estudio en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.
2. Mujeres que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

#### **3.2.3.2 Criterios de Exclusión**

1. Mujeres con dificultad para comunicarse.

El procedimiento para la recolección de datos se inició con el permiso correspondiente del Director del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla; luego

se identificó la unidad de análisis para la aplicación del instrumento de recolección de datos, el cual tuvo una duración de 20 minutos.

### 3.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores

**Cuadro 1. Matriz de operacionalización de la variable actitudes de las mujeres en edad fértil hacia la toma del Papanicolaou.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
Actitudes hacia la toma del Papanicolaou.	Las actitudes son un conjunto de valores y regímenes de convicciones en torno a un tema determinado (15).	Actitudes en forma global hacia la toma del Papanicolau.	Se evaluó mediante 8 preguntas, abarcando: Disponibilidad para la realización, importancia de la realización de la prueba, periodicidad de la realización de la prueba, necesidad de explicación médica de los resultados. Definiéndose como favorable de 37 a más puntos y desfavorable menos de 37 puntos.	- Desfavorable. - Favorable.	Cualitativa nominal.

**Cuadro 2. Matriz de operacionalización de la variable prácticas en las mujeres en edad fértil hacia la toma del Papanicolaou.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
Prácticas hacia la toma del Papanicolaou.	Las prácticas o comportamientos son actitudes observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto específico; son la acción (17).	Prácticas en forma global hacia la toma del Papanicolaou.	Se evaluó mediante 6 preguntas, abarcando: Realización de la prueba en un momento determinado, razones de practicarse la prueba, reclamo de resultados y solicitud de la explicación médica de los resultados.  Definiéndose como favorable de 3 a más puntos y desfavorable menos de 3 puntos.	- Favorable.  - Desfavorable.	Cualitativa nominal.

**Cuadro 3. Matriz de operacionalización de la variable características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil.**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>
Características sociodemográficas.	Es el conjunto de características sociológicas y demográficas; de métodos que nos permiten medir las dimensiones y la dinámica de la población de estudio (26).	Religión	Se preguntó a la mujer en edad fértil la religión que profesa al momento de aplicar la encuesta.	Cualitativa nominal	Católica Protestante (Evangélica) Otra Ninguna.
		Ocupación	Se preguntó a la mujer en edad fértil la religión la ocupación que tiene al momento de aplicar la encuesta.	Cualitativa nominal	Ama de casa Empleada Obrera Empleada Profesional Trabajadora independiente Agricultora.
		Estado civil	Se preguntó a la mujer en edad fértil el estado civil que tiene al momento de aplicar la encuesta.	Cualitativa nominal	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada.
		Escolaridad	Se preguntó a la mujer en edad fértil el nivel de escolaridad que tiene al momento de aplicar la encuesta.	Cualitativa ordinal	No estudié Primaria Secundaria Técnica Superior.



**Cuadro 4. Matriz operacionalización de la variable característica de control**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
EDAD.	Es el tiempo vivido por la mujer expresado en años cumplidos (27).	Edad.	Se preguntó a la mujer la edad según años cumplidos al momento de aplicar la encuesta.	20-29 años 30-39 años 40-49 años.	Cuantitativa de razón.

### **3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1 Técnica**

Se utilizó la técnica de la encuesta

#### **3.4.2 Instrumentos:**

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el cuestionario y el test de Likert como instrumento para la recolección de los datos.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el test de escala tipo Likert, test de actitud frente a la toma del Papanicolaou conformado por 8 preguntas con respuesta según las siguientes escalas:

De acuerdo (**A**) con puntaje de 5

Parcialmente de acuerdo (PA) con puntaje de 4

Indiferente (**I**) con puntaje de 3

Parcialmente en desacuerdo (PD) con puntaje de 2

En desacuerdo (**D**) con puntaje de 1.

Los resultados según ítems se presentaron en una escala: Favorable (4 a 5 puntos) y Desfavorable (1 a 3 puntos). Así mismo el puntaje total mínimo para la actitud global es de 8 puntos y el puntaje total máximo es de 40 puntos, con lo cual se fijó la escala de actitud global: Favorable de 37 puntos a más y Desfavorable menos de 37 puntos.

Este instrumento también contó de una primera parte que explora las características sociodemográficas, sexuales y Reproductivas, seguido del test de actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou distribuidos de la siguiente manera:

-Características sociodemográficas sobre la citología vaginal o prueba de Papanicolaou 5 ítems.

- Características sexuales y reproductivas sobre la citología vaginal o prueba de Papanicolaou 9 ítems.

-Actitudes sobre la citología vaginal o prueba de Papanicolaou 8 ítems.

-Prácticas sobre la citología vaginal o prueba de Papanicolaou 6 ítems.

El objetivo del instrumento es identificar las actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou. El instrumento para identificar las actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou fue validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos para su validación (ANEXO 2).

Para la recogida de los datos sociodemográficos, se empleó un cuestionario donde se identifica las variables edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, religión. Asimismo, si ha tenido relaciones sexuales, edad de inicio de la actividad sexual, número de partos, número de abortos, frecuencia de las relaciones coitales, numero de compañeros sexuales, MAC utilizado, contagio de ITS y tratamiento (ANEXO 1).

### **3.5. Plan de Análisis**

Los datos obtenidos fueron codificados y posteriormente procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 23 con el cual se obtuvo la frecuencia y porcentajes de cada una de las variables en estudio, con sus respectivas figuras y gráficos.

### 3.6. Matriz de Consistencia

**Título: Actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.**

<b>ENUNCIADO DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>
<p>¿Qué Actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura 2018?</p>	<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar las actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla -Piura 2018.</p> <p style="text-align: center;"><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>- Identificar las actitudes frente la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres del ámbito de estudio.</p>	<p><b>VARIABLES PRINCIPALES</b></p> <p><b>1. Actitud hacia la toma del Papanicolaou:</b> Conjunto de valores y regímenes de convicciones que predisponen de alguna manera a las mujeres a ciertas actitudes relacionadas con la prueba del Papanicolaou (15).</p> <p><b>2. Prácticas hacia la toma del Papanicolaou:</b> Son reacciones u actuaciones repetidas, definidas como hábitos, los cuales constituyen una respuesta concreta de las mujeres hacia la prueba del Papanicolaou (16).</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar las prácticas frente a la toma de Papanicolaou en forma global en las mujeres del ámbito de estudio.</li> <li>- Identificar las características sociodemográficas.</li> <li>- Identificar las características sexuales y reproductivas de las mujeres del ámbito de estudio.</li> </ul>	<p><b>VARIABLES SECUNDARIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estado civil: Condición de la mujer al nacer y relacionada con el matrimonio, el cual consta en el registro civil y determina el ámbito de poder y de responsabilidad.</li> <li>b) Escolaridad: Máximo nivel académico que se ha alcanzado.</li> <li>c) Ocupación: Trabajo, empleo u oficio que tiene la mujer.</li> <li>d) Religión: Conjunto de credos, profesión u observancia religiosa de la mujer encuestada.</li> <li>e) Edad de inicio de relaciones sexuales: Se refiere a la edad de en la que tuvo su primera relación coital.</li> <li>f) Edad: Es el tiempo vivido por las mujeres en edad fértil expresado en años cumplidos de 20 a 49 años (27).</li> </ul>
--	--	---

<b>METODOLOGÍA</b>			
<b>TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>TÉCNICA E INSTRUMENTOS</b>	<b>PLAN DE ANÁLISIS</b>
<p><b>Tipo de Investigación:</b> Descriptivo simple.</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b> Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo.</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b> Diseño no experimental de corte transversal.</p>	<p><b>Población:</b> La población muestral estuvo constituida por 245 mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra estuvo constituida por 150 mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.</p>	<p><b>Técnica:</b> La encuesta.</p> <p><b>Instrumentos:</b> -Cuestionario de características sociodemográficas, sexuales y reproductivas. -Test de actitudes y prácticas.</p>	<p>Para el plan de análisis se hizo uso de la estadística descriptiva, utilizando figuras y tablas.</p>

### **3.7 Principios Éticos**

Esta investigación tomo en consideración el Código de Ética de la ULADECH CATÓLICA, que establece el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los sujetos en investigación; salvaguardando su integridad física y mental, así como su intimidad y protección datos brindados; asimismo identificando que la persona en estudio no posea dificultades psicológicas u otro problema que pueda interferir en el proceso del desarrollo del trabajo de investigación.

Previo a la entrevista, se les explicó a las mujeres en edad fértil los objetivos de la investigación; asegurándoles que se mantendría de manera anónima la información obtenida de las mismas. En este sentido, se solicitó a las mujeres que lean detenidamente y firmen el consentimiento informado (Anexo 4), de manera que, si se rehusaban firmarlo se las excluiría del estudio sin ningún perjuicio para ellas.

Cabe mencionar que para la aplicación de las encuestas se contó con la previa autorización de las autoridades del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura.



## IV. RESULTADOS

### 4.1 Resultados

Tabla 1. Actitudes hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.

		N	%
Actitudes	Desfavorable	56	37,33
	Favorable	94	62,67
	Total	150	100,00

**Fuente: Instrumento de recolección de datos.**

Del total de investigadas se observó que un 62,67% presentó actitudes favorables hacia la prueba del Papanicolaou relacionada con la disponibilidad para realizarse la prueba; su importancia, periodicidad y si hay necesidad de explicación médica de los resultados. Por otro lado, un mínimo porcentaje de 37,33% manifestaron actitudes desfavorables.

Tabla 2. Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.

		N	%
Practicas	Desfavorable	106	70,67
	Favorable	44	29,33
	Total	150	100,00

**Fuente: Instrumento de recolección de datos.**

Con respecto a las prácticas se ha podido demostrar que el 70,67% fueron desfavorables en relación a la realización de la prueba en el momento idóneo, razones para la práctica de la prueba, reclamo de resultados y la solicitud de explicación médica de los mismos. Y solo el 29,33% se practica la prueba de manera adecuada por consiguiente en este mínimo porcentaje es favorable.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.

Características socio-demográficas		N	%
Edad	20 – 29	79	52,67
	30 – 39	36	24,00
	40 – 49	35	23,33
Estado civil	Soltera	34	22,67
	Casada	52	34,67
	Conviviente	62	41,33
	Viuda	1	0,67
	Divorciada	1	0,67
Escolaridad	No estudié	2	1,33
	Primaria	13	8,67
	Secundaria	105	70,00
	Técnica	10	6,67
	Superior	20	13,33
Ocupación	Ama de casa	90	60,00
	Empleada-obrera	35	23,33
	Empleada-profesional	8	5,33
	Trabajador independiente	16	11,34
	Agricultura	0	00,00
Religión	Católica	119	79,33
	Protestante(evangélica)	29	19,33
	Otra	1	0,67
	Ninguna	1	0,67
Total		150	100,00

**Fuente: Instrumento de recolección de datos.**

En la Tabla 3, correspondiente a las características sociodemográficas se observó que el 52,67% están entre 20 a 29 años de edad, el 41,33% son convivientes, un 70,00% tiene como nivel de escolaridad la secundaria, un alto porcentaje de 79,33% profesan la religión católica y un 60,00% son amas de casa.

Tabla 4. Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.

Características sexuales y reproductivas		N	%
Relaciones coitales	Si	139	92,67
	No	11	7,33
Edad de R. S	15 – 17	50	35,97
	18 – 32	32	65,02
Número de partos	1	43	35,83
	2	30	25,00
	Más de dos	47	39,17
Número de abortos	1	40	26,67
	2	20	13,33
	Ninguno	90	60,00
Frecuencia de R. S	Frecuentemente	100	66,67
	Ocasionalmente	25	16,67
	Por ahora no tengo	14	09,33
	No ha tenido	11	07,33
Compañeros sexuales	1	77	54,61
	2	52	36,88
	Más de dos	12	08,63
Método utilizado	Píldora combinada	11	7,33
	Inyectable combinado	14	9,33
	Inyectable de progestágeno	21	14,00
	DIU (T D Cu)	17	11,33
	Preservativo	25	16,67
	Ritmo/Regla	36	24,00
	No utiliza	26	17,33
Infección de transmisión sexual	Si	105	70,00
	No	45	30,00
Tratamiento	Si	104	69,33
	No	46	30,67
Total		150	100,00

**Fuente: Instrumentos de Recolección de resultados**

Se demostró según las características sexuales y reproductivas que un 92,67% de las féminas encuestadas si han tenido relaciones coitales de las cuales un 70,00% han tenido ITS y un 69,33% recibieron tratamiento. Asimismo, el 66,67% reportaron tener relaciones coitales frecuentemente y el 35,97 % señalaron que el inicio de esta actividad fue entre los 15 y 17 años de edad. Además, el 60,00% manifestó no haber tenido abortos, un 53,96% refirió que ha tenido un solo compañero sexual. Sin embargo, un 39,17% de las mujeres en edad fértil han tenido más de dos partos y que como método anticonceptivo el 24,00% prefiere el del ritmo/regla.

## 4.2 Análisis de Resultados.

En la actualidad el carcinoma de cérvix es un mal que se presenta en las féminas que han dado inicio a su vida coital y según la OMS se sitúa como el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia a nivel mundial, ocasionando la morbimortalidad de la población femenina (1), ya que no se consigue detectarlo de manera propicia; por ello, es de vital importancia que las mujeres reciban una adecuada información sobre la prueba del Papanicolaou, aunado a la sensibilización y empoderamiento de las mismas (6). Por esta razón, es necesario identificar las actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou de las mujeres en edad fértil, ya que se encuentran en riesgo de adquirir este mal; en seguida se exponen los resultados que alcanzó la presente investigación.

Se observa en la tabla 1, con respecto a las actitudes en forma global en las mujeres en edad fértil, que un 62,67% presentó actitudes favorables hacia la prueba del Papanicolaou, de las cuales un 76,00% mostró interés personal en realizarse la prueba y el 78,00% disponibilidad para realizársela. Además, el 84,67% estuvo en desacuerdo que debe practicarse solo por solicitud del médico; en cuanto a la periodicidad el 77,33% considera realizarse la prueba cada año y el 78,67% considera practicársela periódicamente. Asimismo, el 79,19 % estuvo de acuerdo con el material que se usa, el 80,14% solicita los resultados y el mismo porcentaje tiene disponibilidad para la lectura de los mismos. Por último, un 80,82% considera necesaria la explicación del médico. Sin embargo, un mínimo porcentaje de 37,33% manifestaron actitudes desfavorables. Resultados similares a los de Macha. E (11) Perú 2016, en su estudio

titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de Chupaca, Huancayo-2016. Donde sus resultados reportan lo siguiente:

Las actitudes de las mujeres en edad fértil son favorables con un alto porcentaje de 88,9% frente a la toma del Papanicolaou. Donde el 85,2% refiere disponibilidad para el examen y el 85,2 la califica como importante para la detección del cáncer; 83,3% considera importante la explicación de los resultados; un 82,4% demuestra disponibilidad para la lectura de los resultados, el 79,6% siempre solicita los resultados; el 78,7% considera la toma de PAP anual, un 64,8% refiere que no es un obstáculo el material que se utiliza para la toma y el 50,9% considera que no es necesario que el médico explique el examen. Este hallazgo de resultados refleja que más de la mitad de la población femenina manifiesta una actitud positiva hacia ella; ya que refieren tener interés personal hacia el examen, reconocen su utilidad e importancia, consideran que no es necesario que el médico lo solicite y tienen noción sobre la periodicidad de la práctica.

Estos resultados se sustentan en la Teoría del Aprendizaje ya que asegura que la conducta se aprende y que toda costumbre es materia de aprendizaje, sea por ensayo, por imitación o por error (15). Por ello, las mujeres que alguna vez se realizaron el Papanicolaou ya sea por indicación médica, por sugerencia de terceros o por interés propio adoptaron una actitud favorable, ya que aprendieron lo importante que es prevenir esta enfermedad a través de la información brindada por el profesional que les realizó el examen, asimismo, las que más veces se la hayan practicado sienten menos temor hacia ella.

Por otro lado, existe una diferencia en cuanto a la explicación médica de los resultados, siendo que, en este estudio las mujeres si la consideran necesaria y en el otro no, esto posiblemente se debe a que ambos pertenecen a diferentes regiones del País, por ello tienen diferentes percepciones hacia este examen, pudiéndose inferir que las mujeres investigadas sí recibieron información de los profesionales de la salud sobre la importancia que tiene la explicación médica de los mismos, para que puedan disipar sus dudas y temores que la ignorancia hacia esta prueba les genera. Lo cual se ampara en la Teoría de la desarmonía de cogniciones, que propone que las personas intentan conservar su firmeza interna. De modo que, soportan presión, fastidio o angustia cuando sus creencias, conducta o comportamiento no son congruentes entre sí, por lo cual esta disconformidad conducirá a la persona a un propósito de reformación de su comportamiento o a preservar sus creencias o actitudes para disminuir o erradicar dicha presión (15).

No obstante, un regular porcentaje de las féminas no demostró una actitud favorable, la que podría estar relacionada en gran manera con la idiosincrasia de la población, ya que pueden presentar temor o vergüenza hacia la toma del Papanicolaou, aunado a escasas de información y desconfianza hacia la prueba, por cuya razón no la consideran necesaria (4). Por tal motivo, se deben extremar los procedimientos de salud referentes a los servicios de diagnóstico precoz y la modernización de las técnicas que disponen intervenciones prioritarias para el control del cáncer cervical (7). A su vez, estos resultados se respaldan con la definición de las actitudes como conjunto de valores y regímenes de convicciones con respecto a un tema preciso (15). Evidenciándose que este grupo poblacional aún no toma conciencia de las terribles



consecuencias para su salud que acarrea el no realizarse la prueba del Papanicolaou, por esto se debe mejorar la educación sanitaria para lograr su sensibilización y cambio de conducta.

En la tabla 2, con respecto a las prácticas en forma global, se observa que el 70,67% de las mujeres en edad fértil muestran prácticas desfavorables, relacionadas con la realización de la prueba en el momento idóneo. De este total se aprecia que un 81,33% se la practicó alguna vez en su vida, el 58,39% se la practicó hace mucho y el 54,00% no se la practica con frecuencia. Y solo el 29,33% se practica la prueba de manera adecuada, por consiguiente, este mínimo porcentaje es favorable. Resultados similares a los de Delgado J. (10) Perú 2015, que encontró que el 53.9% de mujeres en edad fértil presentó un nivel de prácticas incorrecta, relacionada a la realización de la prueba con un 62.9% que sí se practicaron la prueba alguna vez en su vida. Por otra parte, un 57.1% no se ha realizado la prueba en los últimos tres años, el 29.6% se la practica anual, el 50.4% se la realizó por indicación médica y el 83.5% solicitó explicaciones del resultado. Finalmente, el 46,01% demostró un nivel de prácticas correcta.

Pues bien, considerando que las prácticas o comportamientos son actitudes observables de un individuo en respuesta a un estímulo; son el aspecto específico y la acción. Es decir, son reacciones u actuaciones repetidas en los individuos, de tal manera que son definidos como hábitos, los cuales constituyen una respuesta para una situación concreta, y hacen parte del día a día de un sujeto en distintos aspectos de su vida (16). Se puede deducir que esta porción de mujeres presenta prácticas

desfavorables, ya que aún no han interiorizado la importancia de esta prueba por falta de conocimiento e información correcta y concreta. Esto conlleva a que aún existan prejuicios, estereotipos de género y factores culturalmente establecidos que pueden limitar el acceso de este grupo de féminas a los servicios de prevención (6). Cabe indicar que según el Ministerio de Salud (MINS) las mujeres con resultado negativo en la Prueba de Papanicolaou el nuevo tamizaje deberá realizarse en 3 años (18).

Por otro lado, tomando en cuenta la Teoría de la Estructuración: Giddens define las prácticas sociales y extensión recursiva como una apariencia constitutiva de la vida social sobre la cual se originan y ejecutan las estructuras sociales. El autor acentúa la importancia del conocimiento práctico que se manifiesta en el organismo socio-temporal de prácticas y en su recursividad como el principio de disposiciones definitivas (17). Por esto se puede sobreentender que, en nuestro país existen deficiencias relacionadas con la distribución equitativa de recursos humanos y económicos, por ello, se observan en gran medida las desigualdades en el sistema de salud y la relativa desigualdad de la población para el acceso a los programas de prevención (2).

Asimismo, los bajos niveles económicos y educativos hacen que esta población no adopte una cultura preventiva en salud, además, la deficiencia de los sistemas de tamizaje genera desconfianza. Por tal motivo, es primordial fortalecer dichos sistemas y también ofrecer el tratamiento adecuado de las lesiones precancerosas para disminuir la mortalidad por esta enfermedad (3). Por lo tanto, el objeto de las actuales políticas sanitarias debería ser la implantación de una cultura preventiva que contribuya a una actitud autorresponsable y prevenga conductas de riesgo en salud; renovando

sus estrategias de comunicación, llegando hasta las personas con menos recursos económicos y educativos, de modo que la población tome conciencia de los riesgos de sufrir de esta enfermedad (25).

En la tabla 3, concerniente a las características sociodemográficas se demostró que el 52,67% de las mujeres en edad fértil están entre 20 a 29 años de edad, el 41,33% refirieron ser convivientes y un 70,00% tiene como nivel de escolaridad la secundaria. Asimismo, un alto porcentaje de 79,33% de las mujeres estudiadas afirmó profesar la religión católica y un 60,00% indicó ser ama de casa. Resultados que se comparan a los de Carrasco J, Silva J. (13) Nicaragua 2016, que muestra que un 45.41% de las mujeres en edad fértil sexualmente activas poseen un rango de edad entre 15-26 años y un 15.28% entre los 27-38 años. En lo referente al estado civil el 28.82% eran mujeres con estatus de acompañada y el 51.09% son católicas, el 21.39% posee un nivel académico de secundaria.

Es muy importante tener en cuenta los resultados de ambas investigaciones, ya que las características que presentan las mujeres estudiadas las convierte en un grupo poblacional de alto riesgo a contraer cáncer de cérvix, como el hecho de tener una edad entre 20 a 29 años, siendo que el riesgo es mayor al final de la adolescencia y a mediados de los 30 años. Sin embargo, las mujeres con una edad por sobre los 40 años todavía tienen riesgo (21). A su vez, ser convivientes, tener como grado de estudios solo secundaria y ser amas de casa, son otros factores de riesgo, más aun tomando en cuenta la incidencia en la región de Piura reportada por el Jefe de Intervención Sanitaria e Integral de la Dirección Regional de Salud de Piura (Diresa), que informó que durante los años 2012 y 2016 la región presentó un 9.9%, es decir, un aproximado

de mil casos de cáncer cervical, causados por el virus del papiloma humano (VPH). Y recalcó que se debe a la poca costumbre o a la práctica incorrecta del tamizaje (5).

Así pues, es de vital importancia que la enfermedad tenga una adecuada promoción por medio de la educación sanitaria, educación sobre la sexualidad ajustada a la edad y la cultura, promoción y suministro de condones a los sexualmente activos y la circuncisión masculina. Además, de la concientización a las familias sobre el beneficio de la vacunación contra el VPH y de la toma del Papanicolaou, ya que la vacunación no sustituye a la detección periódica y que el cáncer afecta a todos los grupos sociales (6).

La tabla 4, hace referencia a las características sexuales y reproductivas donde se pudo demostrar que un 92,67% de las féminas encuestadas si han tenido relaciones coitales de las cuales un 70% han tenido ITS y un 69,33% recibieron tratamiento. Asimismo, el 66,67% de las mujeres reportaron tener relaciones coitales frecuentemente y el 35,97% señalaron que el inicio de esta actividad fue entre los 15 y 17 años de edad. Además, el 60,00% manifestó no haber tenido abortos, un 53,96% refirió que ha tenido un solo compañero sexual. Sin embargo, un 39,17% de las mujeres en edad fértil han tenido más de dos partos y que como método anticonceptivo el 24,00% prefiere usar el método del ritmo/regla. Resultados que se diferencian a los de Viera Y. (9) Piura 2018, en el que se muestran los siguientes resultados:

Con respecto a las características reproductivas se demostró que el 68,75% reportan como edades predominantes de inicio de las relaciones coitales los 10 a 14 años, el 71,88% refirió haber tenido más de 2 partos, y con el 71,87% manifestó que

la frecuencia de sus relaciones coitales es ocasional, mientras que un mínimo 12,50% manifestó que por ahora no tiene. Según el número de compañeros sexuales es preponderante la cantidad de 2, el método anticonceptivo más usado es el inyectable solo de progestágeno, mientras que el 75% no han manifestado haber tenido ITS y con el mismo porcentaje no han recibido tratamiento de las mismas.

Se observa como factores de riesgo que un 92,67% de las mujeres encuestadas sí han tenido relaciones coitales, de las cuales un 70% han tenido ITS y el 69,33 recibió tratamiento para ésta. Por otra parte, el 39,17% de las mujeres han tenido más de 2 partos, relacionado a la no utilización de métodos anticonceptivos. Por esta razón, es necesario conocer que con los partos se modifica la zona de transformación que es donde se produce el 80 a 90% de cánceres cervicales de células escamosas (19). Además, el inicio de relaciones coitales en la adolescencia, no uso de condón y la promiscuidad de la pareja, incrementa el riesgo de contraer el virus del Papiloma Humano de alto grado (18). También, la exposición al espermatozoide desde edades tempranas favorece la aparición del cáncer, debido a las características biológicas del aparato reproductor femenino en esta etapa (20). Por lo antes mencionado es menester informar que el cáncer cervical es comúnmente asintomático en estadios iniciales (6).

Por último, es vital conocer que el cáncer cervical se encuentra entre las principales causas de defunción de la población femenina a nivel mundial y en el Perú (7). Y, que el otro grave problema en nuestro medio es la lectura de las muestras, ya que requiere personal muy entrenado, toma tiempo y las pacientes a menudo no recogen sus resultados, por ende, se desaprovecha esa ocasión valiosa de tratamiento

temprano (18). Por tal motivo es primordial el fortalecimiento de los sistemas de salud relacionados con los servicios de diagnóstico oportuno y tratamiento, aunado al reclutamiento comunitario, la educación sanitaria y la consejería, como elementos fundamentales de todo programa eficaz de prevención y control de cáncer cervical (6).

## V. CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusiones

- Al concretar los resultados en relación a las actitudes hacia la toma del Papanicolaou en forma global, señalan que el 62,67% de las mujeres en edad fértil tienen actitudes favorables.
- Se demostró que el 70,67% de las mujeres estudiadas tienen prácticas desfavorables hacia la toma del Papanicolaou en forma global.
- Con respecto a las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil se observó que un alto porcentaje de 79,33% son católicas y que del 70,00% su máximo nivel de escolaridad es la secundaria, además, el 60% son amas de casa, el 52,67% están entre 20 a 29 años de edad y el 41,33% son convivientes.
- Por último, en relación a las características sexuales y reproductivas se demostró que el 92,67% de las encuestadas si ha tenido relaciones sexuales, de las cuales un 70,00% han tenido ITS y el 69,33% recibió tratamiento, asimismo, practican las relaciones coitales frecuentemente un 66,67%. No obstante, un 60,00% no ha tenido abortos y el 53,96% ha tenido un solo compañero sexual. Por otra parte, el 39,17 % han tenido más de dos partos y su primera relación coital se dio entre los 15 y 17 años de edad en el 35,97 % de las encuestadas. Cabe resaltar, que el método anticonceptivo más usado es el del ritmo/regla por un 24,00 % de ellas.

## ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

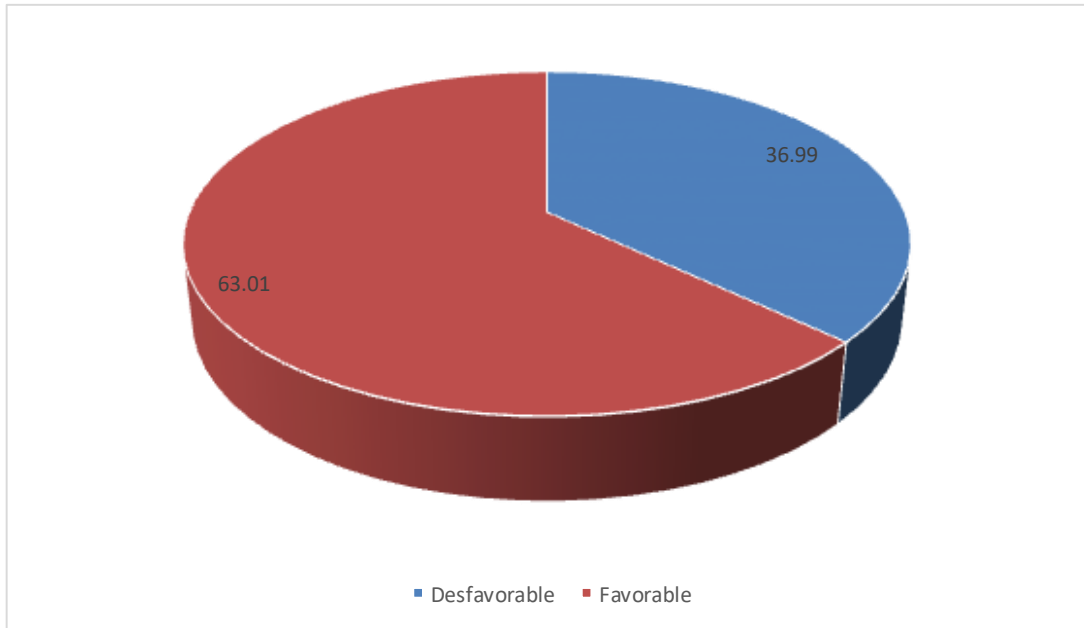


Figura 1. Gráfico de torta de las actitudes hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres edad fértil del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla-Piura, 2018.

Fuente: Tabla 1



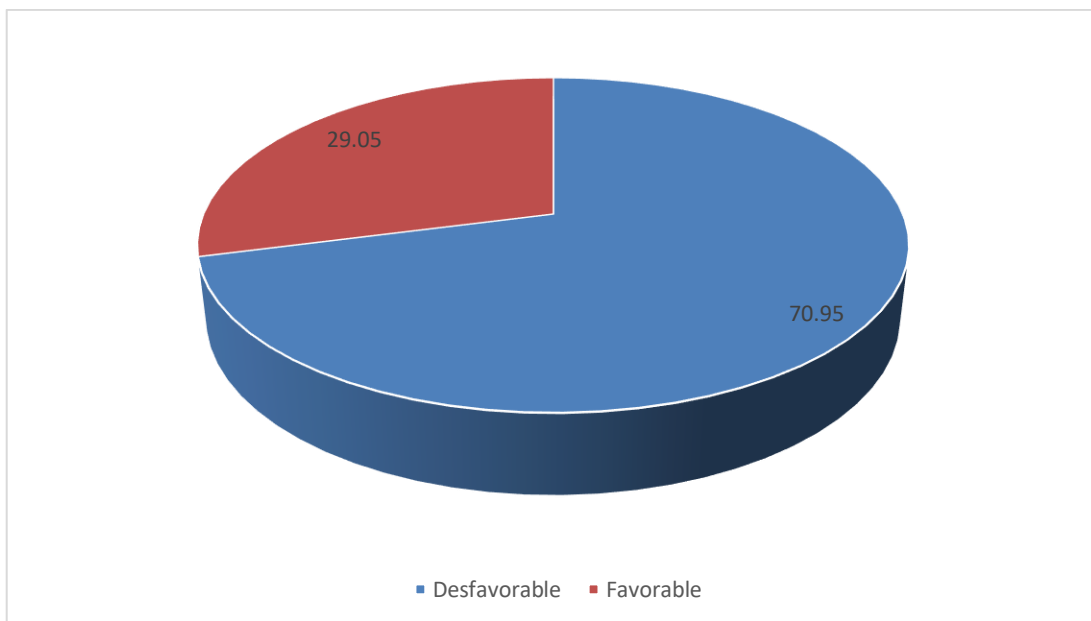


Figura 2. Gráfico de torta de las prácticas hacia la toma del Papanicolaou en forma global en las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Castilla-Piura, 2018.

Fuente: Tabla 2

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. Estadísticas mundiales sobre el cáncer para 2018: estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad en todo el mundo de 36 cánceres en 185 países. CA CANCER J CLIN. [Internet]. 2018 [Consultado 04 Nov 2018]; (68): 394–424. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>
- 2.- Organización Panamericana de la Salud. Cáncer Cervicouterino. [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [Consultado 09 de Jul 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es)
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. Experiencias con la implementación de programas de tamizaje de cáncer cervicouterino basados en la prueba de VPH - 31 Julio-1 Agosto 2018. [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2018 [Consultado 16 Jul 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14571:experiencias-implementacion-prueba-vph-31jul-1ago-2018&Itemid=42322&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14571:experiencias-implementacion-prueba-vph-31jul-1ago-2018&Itemid=42322&lang=es)
- 4.- Diario Perú21. Siete de cada 14 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino mueren en el Perú. [Internet]. Lima. Diario Perú21; 2016 [revisado 06 de Abr

de 2016; consultado 7 Nov 2018]. Disponible en: <https://peru21.pe/vida/siete-14-mujeres-diagnosticadas-cancer-cuello-uterino-mueren-peru-214845-noticia/>

**5.-** Díaz J. Piura reporta casi mil casos de cáncer de cuello uterino. [Internet]. Lima. La República. 2018 [revisado 12 Oct 2018; consultado 7 de Nov 2018]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1336997-piura-reporta-mil-casos-cancer-cuello-uterino>

**6.-** Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [consultado 2020 Jul 16]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**7.-** Organización Mundial de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud llega a una serie de acuerdos sobre el control de vectores, las enfermedades no transmisibles y los ODS. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [revisado 30 May 2017; consultado 10 Nov 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/30-05-2017-seventieth-world-health-assembly-update-30-may-2017>

**8.-** García CC. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 40 años atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 el obrero Sullana- Piura, periodo mayo 2018. [Tesis de Licenciatura]. Piura: Repositorio Institucional ULADECH; 2018.

**9.-** Viera YM. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres mayores de 40 años atendidas en el Establecimiento de Salud I-3 Marcavelica

Sullana-Piura, periodo Mayo 2018. [Tesis de Licenciatura]. Piura: Repositorio Institucional ULADECH; 2018.

**10.-** Delgado JM. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes. [Tesis de Licenciatura]. Chiclayo: Repositorio académico USMP; 2015.

**11.-** Macha E. Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres de Chupaca. Huancayo, 2016. [Tesis de Licenciatura]. Chimbote: Repositorio Institucional ULADECH; 2017.

**12.-** Amaya RN. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven el Porvenir- Chimbote-2014. [Tesis de Licenciatura]. Chimbote: Repositorio Institucional ULADECH; 2016.

**13.-** Carrasco JA, Silva JR. Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la Técnica de Papanicolaou en Mujeres de Edad Fértil con vida sexual activa, que asisten al Centro de Salud Edwin Barahona Colindres del Municipio de Murra, Departamento de Nueva Segovia en el Periodo Octubre-Diciembre del 2016. [Tesis Monográfica]. Nicaragua. Repositorio UNAN-Managua; 2017.

**14.-** Tumipamba MF. Conocimientos, actitudes y prácticas del examen Papanicolaou en mujeres de edad fértil, Centro de Salud San Antonio - Ibarra 2017. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte; 2018.

**15.-** Ubillus DC. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14 – 19 años del Asentamiento Humano El obrero Sullana. [Tesis de Licenciatura]. Piura: Repositorio Institucional ULADECH; 2016.

**16.-** Ramírez RE. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata. [Tesis de Maestría]. La Plata: Servicio de Difusión de la Creación Intelectual SEDICI de la Universidad Nacional de La Plata; 2015.

**17.-** Ariztía T. La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites. Cinta de Moebio [Internet]. 2017 [consultado 19 Jul 2020]; (59): 221-234. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n59/0717-554X-cmoebio-59-00221.pdf>

**18.-** Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino [Internet]. Lima: Biblioteca central del Ministerio de Salud; 2017 [revisado Jun 2017; consultado 2020 Jul 12]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

**19.-** Sociedad Americana del Cáncer. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino. Sociedad Americana del Cáncer. [Internet]. Sociedad Americana del Cáncer. 2020 [revisado 3 Ener 2020; consultado 18 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8933.00.pdf>

**20.-** Bou Y, Gámez Y, Caras L, Quiala E, Sánchez Y. Factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino. Capacitación en adolescentes de un Policlínico Universitario. Rev Inf

Cient [Internet]. 2015 [consultado 15 Jul 2020]; 92(4): 787-798. Disponible en: <http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/198/1154>

**21.-** Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, ASCO. Cáncer de cuello uterino: Factores de riesgo. [Internet]. Cancer.Net. 2018 [revisado Feb 2019; consultado 17 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>

**22.-** Seguro Social de Salud, “Directiva N° 02-GG-ESSALUD-Detección temprana del cáncer de cuello uterino en EsSalud [ Internet]. Lima: ESSALUD, 2016 [revisado 9 Feb 2016; consultado 05 Jul 2020]. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC\\_DETECCION\\_TEMP\\_CANCER\\_CUELLOUTERINO.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCER_CUELLOUTERINO.pdf)

**23.-** Concenso Intersociedades. Cáncer de cuello uterino agosto 2015. Revista Argentina de Radiología [Internet]. 2017 [consultado 11 Jul 2020]; 81 (2): 157-177. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3825/382552124014.pdf>

**24.-** Arévalo A, Arévalo D, Villarroel C. El cáncer de cuello uterino. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2017 [consultado 05 Dic 2018]; 23(2): 45-56. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v23n2/v23n2\\_a09.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v23n2/v23n2_a09.pdf)

**25.-** Rodríguez C, Padilla G. Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad: perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión. Horiz. Med [Internet]. 2018 [consultado 06 Dic 2018]; 18(1): 13-22.

Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2018000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000100003)

**26.-** Venemedia Comunicaciones C.A. Concepto de Análisis Socio- Demográfico [Internet]. Valencia: Definiciones XYZ. 2016 [revisado 27 Abr 2016; consultado 24 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.definicion.xyz/2018/02/analisis-socio-demografico.html>

**27.-** Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española. [Internet]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2014 [revisado 2019; consultado 25 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

---

# **ANEXOS**



## ANEXO 1

**Instrumentos: Características sociodemográficas, sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA)-Piura, 2018.**

Iniciaremos con una serie de preguntas sobre información general. Por favor responde la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>
<b>1) ¿Cuántos años cumplidos tiene? .....</b> años
<b>2) ¿Cuál es su estado civil actual?</b> 1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Viuda 5. Divorciada
<b>3) ¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad?</b> 1. No estudié 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior
<b>4) ¿A qué se dedica actualmente?</b> 1. Ama de casa 2. Empleada-obrera 3. Empleada-profesional 4. Trabajador independiente 5. Agricultora
<b>5) ¿Qué religión profesa?</b> 1. Católica 2. Protestante (evangélica) 3. Otra 4. Ninguna

<b>CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS</b>
<b>Ha tenido relaciones sexuales</b> 1. Si 2. No
<b>A qué edad inicio sus relaciones sexuales?</b> .....años.
<b>¿Cuántos partos ha tenido?</b> .....
<b>¿Cuántos abortos ha tenido?</b> .....
<b>¿Con que frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente?</b> 1. Frecuentemente  2. Ocasionalmente 3. Por ahora no tengo 4. No he tenido relaciones sexuales
<b>¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida?</b> .....
<b>¿Qué método anticonceptivo utiliza?</b> 1. Píldora combinada 2. Inyectable combinado 3. Inyectable de progestágeno 4. DIU (T Cu) 5. Preservativo 6. Ritmo/regla
<b>¿Ha tenido usted alguna infección / enfermedad de transmisión sexual?</b> 1. Si 2. No
<b>¿Recibió tratamiento para dicha infección?</b> 1. Si 2. No

## ANEXO 2

### Test de Actitudes de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA)-Piura, 2018.

Ahora te presentamos una serie de afirmaciones relacionadas con la prueba del Papanicolaou. Por favor responde según la siguiente escala:

De acuerdo (A)

Parcialmente de acuerdo (PD)

Indiferente (I)

Parcialmente en desacuerdo (PD)

En desacuerdo (D)

<b>ACTITUDES</b>					
<b>Acerca de la prueba de Papanicolaou</b>	<b>A</b>	<b>PA</b>	<b>I</b>	<b>PD</b>	<b>D</b>
	<b>(5)</b>	<b>(4)</b>	<b>(3)</b>	<b>(2)</b>	<b>(1)</b>
Demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou					
Es un examen que debe hacerse si el medico lo Solicita					

El material que se usa no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou					
Considero necesario hacerme la del Papanicolaou todos los años					
Es muy importante realizarme periódicamente la prueba para detectar el cáncer a tiempo					
Siempre solicito los resultados de la prueba del Papanicolaou					
Es necesario que el médico me explique los resultados.					
Demuestro disponibilidad para la lectura de los resultados por la/el obstetra					

**Prácticas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA)-Piura, 2018.**

Finalmente, te presentamos una serie de preguntas sobre tus hábitos en relación a la toma del Papanicolaou. Por Favor responde la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

<b>PRÁCTICAS</b>
<b>Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou.</b> 1. Si 2. No
<b>Cuando fue la última vez que se la practicó:</b> 1. En este año2. Hace más de un año3. Hace más de tres años4. Nunca
<b>Con que frecuencia se la ha practicado:</b> 1. Anual2. Cada seis meses 3. Cada tres años 4. Ocasionalmente 5. Nunca
<b>Por qué se practicó la prueba del Papanicolaou:</b> 1. Por indicación del médico/obstetra 2. Por iniciativa propia 3. Por sugerencia de un tercero 4. No se
<b>Reclamo los resultados:</b> 1. Si 2. No
<b>Solicitó explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud</b> 1. Si 2. No

### ANEXO 3

#### Reporte de Validación y Confiabilidad del test de actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou.

<b>Año</b>	2018
<b>Procedencia</b>	Piura – Perú
<b>Administración</b>	Mujeres en edad fértil
<b>Significancia</b>	Evalúa las actitudes y prácticas de las mujeres en edad fértil, producto de la observación y experiencia, referida a la toma del Papanicolaou.
<b>Duración</b>	No tiene límite, como promedio 20 minutos.
<b>Confiabilidad</b>	La confiabilidad según Alfa de Cronbach Actitudes 0,830 y Prácticas 0,880.
<b>Validez</b>	La escala sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

## ANEXO 3.1

### BAREMACIONES

#### Estadísticos

		Actitudes	Prácticas
N	Desfavorable	Menos de 41	Menos de 9
	Favorable	41 a mas	9 a mas

### CONFIABILIDAD

#### Actitud

Alfa de Cronbach	N de elementos
,830	8

#### Práctica

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	6

## ANEXO 4

### Ficha de consentimiento informado del participante

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada Actitudes y prácticas frente a la Toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Materno Infantil de Castilla (CESAMICA)-Piura, 2018; siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir a dicho trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

#### **MANIFIESTO:**

Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**