

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICAS
HACIA LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN
MUJERES DEL DISTRITO DE CHILCA,
HUANCAYO, 2017

AUTOR:

Sariela Gonzales Vásquez

ASESOR:

Mg. Solís Villanueva Nelly

CHIMBOTE- PERU

2017

**CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICAS
HACIA LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES
DEL DISTRITO DE CHILCA, HUANCAYO 2017**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Obst. María Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Obst. Carmen Rosa Aguirre Espinoza

Secretario

Mgtr. Obst. Zoila Rosa Limay Herrera

Miembro

AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios por haberme
permitido llegar a este momento.*

*A la Obst. Mg. Nelly Solís Villanueva
por guiarnos con su gran experiencia
en el desarrollo de la tesis.*

*A mis familiares porque sin su apoyo
se haría difícil el camino para
alcanzar mis metas trazadas.*

DEDICATORIA

A mi hija que es el principal motivo para salir adelante, a pesar de su corta edad pudo entender todas las alegrías y tristezas que significó realizar esta tesis.

RESUMEN

La investigación tuvo como **Objetivo general**: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.

Metodología: se centró en un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La población lo constituyeron todas las mujeres en edad fértil que tengan entre 15 y 49 años de edad, en el distrito de Chilca, con una muestra de 101 mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión. Obteniendo los

siguientes **Resultados**: La población en estudio no tuvieron un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou. Los reactivos menos conocidos fueron, los requisitos para la toma de Papanicolaou, el lugar y la importancia de la toma de muestra además mostraron una actitud global favorable frente a la prueba del PAP, pese a tener un alto porcentaje de mujeres con desconocimiento, muestran una buena predisposición en cuanto la mejora de su salud. En relación a la práctica global, las mujeres en estudio no se practican la prueba a causa del temor a los instrumentos utilizados, experiencias dolorosas e incómodas.

Conclusiones: Las mujeres en edad fértil en estudio no conocen aspectos básicos de la toma del Papanicolaou, tienen actitud favorable, sin embargo no se realizan la prueba en el año en estudio, no consideraron que la prueba deba hacerse anualmente y no reclaman los resultados.

Palabras claves: Actitudes, Conocimientos, prácticas, Papanicolaou

ABSTRACT

The research had as a general objective: Describe the knowledge, attitudes and practices towards taking the Papanicolaou in women of childbearing age from 15 to 49 years, from the district of Chilca in the August-December 2017 period. Methodology: focused on a study Observational, descriptive, cross-sectional. The population was made up of all women of childbearing age between 15 and 49 years of age, in the district of Chilca, with a sample of 101 women who met the inclusion criteria. Obtaining the following results: The population under study did not have a global knowledge about the Papanicolaou taking. The least known reagents were, the requirements for taking Papanicolaou, the place where the sample was taken, and the importance of it, as well as showing a favorable overall attitude towards PAP testing, despite having a high percentage of women with ignorance, they show a good predisposition in terms of improving their health. In relation to the global practice, the women under study do not practice the test because of the fear of the instruments used, painful and uncomfortable experiences. Conclusions: Women of childbearing age in the study do not know basic aspects of Papanicolaou taking, they have a favorable attitude, however they do not perform the test in the year under study, they did not consider that the test should be done annually and they do not claim the results.

Keywords: Attitudes, Knowledge, Practices, Papanicolaou

CONTENIDO

1.	Título de la Tesis	i
2.	Hoja de firma del Jurado y Asesor	ii
3.	Hoja de agradecimiento	iii
4.	Hoja de dedicatoria	iv
5.	Resumen	v
6.	Abstract	vi
7.	Contenido	vii
8.	Índice de tablas	viii
9.	Índice de gráficos	ix
I.	Introducción	1
II.	Revisión de literatura	4
	2.1. Antecedentes	4
	2.2. Bases teóricas	13
	2.2.1. Bases teóricas del conocimiento	13
	2.2.2. Modelo de conocimiento cooperativo	14
	2.2.3. Principios de una intervención educativa	16
	2.2.4. La cooperación y la colaboración	20
	2.2.5. Bases teóricas de la actitud	20
	2.2.6. Bases teóricas de la práctica	25
	2.3. Marco conceptual	26
III.	Metodología	58
	3.1. El tipo y el nivel de la investigación	58
	3.2. Diseño de investigación	58
	3.3. Población y muestra	58
	3.4. Operacionalización de las variables y los indicadores	59
	3.5. Técnicas e instrumentos de medición	63
	3.6. Plan de análisis	64
	3.7. Matriz de consistencia	64
IV.	Resultados	68
	4.1. Resultados	68
	4.2. Análisis de resultados	79
V.	Conclusiones	84
VI.	Referencias bibliográficas	85
	Anexos	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivo en mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017	69
Tabla 2	Actitud frente a la prueba del Papanicolaou según reactivo en mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017	71
Tabla 3	Práctica frente a la prueba del Papanicolaou según reactivo en mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017	73
Tabla 4	Características sociodemográficas de las mujeres del Distrito de Chilca, 2017	74
Tabla 5	Características sexuales y reproductivos de mujeres del Distrito de Chilca, 2017	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1	Grafico circular del conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017	68
Figura 2	Actitud global frente la prueba del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Distrito de Chilca, 2017	70
Figura 3	Práctica global frente a la toma del Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del Distrito de Chilca, 2017	72

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en el mundo. En América del Sur tiene una de las tasas de incidencia de cáncer de cérvix más altas del mundo ⁽¹⁾. De acuerdo a la estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN del Perú, el cáncer de cérvix es el segundo cáncer ginecológico más frecuente en Lima Metropolitana ⁽²⁾. Según la Dirección Regional de Salud Junín el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar de incidencia en la región de Junín, de enero a setiembre se detectaron 121 casos.

La prueba del PAP ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix, pues se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia. Con el tiempo el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico de los carcinomas de cérvix.

Literaturas consultadas refieren que la prevención estaría ligada Al conocimiento actitud y práctica de las mujeres respecto a su salud sexual y reproductiva ⁽²⁾. Se conoce que la prevención para un diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino implica una postura cultural producto de una educación adecuada, sin embargo, en el Perú, la estructura educativa a nivel de prevención en salud, (especialmente en educación sexual) es

deficiente, existen pocos programas para la detección de lesiones precursoras y cáncer en sus fases iniciales, por otro lado existen dificultades con la logística y provisión de equipos y materiales en los servicios de salud para mantener una efectividad de los programas verticales del Ministerio de Salud ; Situación que despierta el interés y se plantea la siguiente interrogante *¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017?* Para dar respuesta al problema se planteó como Objetivo general Describir los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.

Para conseguir el objetivo general se planteó los objetivos específicos siguientes: (1) Describir el conocimiento global sobre la toma de Papanicolaou. (2) Identificar los reactivos menos conocidos sobre la toma de Papanicolaou. (3) describir la actitud global. (4) Identificar las actitudes. (5) Conocer la práctica global frente a la toma de la prueba del Papanicolaou. (6) describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas de las mujeres en estudio. El estudio contribuirá a identificar cuáles son las barreras relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres que viven en esa comunidad, para poder intervenir en el campo de la información, atención, asimismo mejorar el tamizaje y la detección temprana del cáncer de cérvix, contribuirán a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos de las variables.

La Metodología aplicada es de una investigación cuantitativa, nivel descriptivo, diseño simple de una casilla de cohorte transversal, La muestra la constituyen 101 mujeres seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión.

La investigación está estructurada en cinco capítulos, el capítulo I detalla la introducción incluyendo la caracterización del problema, el enunciado del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El capítulo II contiene las principales teorías, antecedentes y conceptos relacionados con las variables en estudio, el capítulo III se especifica el diseño metodológico, donde se declara el tipo de estudio, nivel y diseño de la investigación. El capítulo IV detalla los resultados así como el análisis de los resultados a partir de las variables en estudio, respondiendo al objetivo general y a los objetivos específicos, el capítulo V detalla las conclusiones siguiendo los objetivos de la investigación. Finalmente se concluye que las mujeres en estudio desconocen sobre la toma del Papanicolaou, tienen actitudes favorables, sin embargo no mantienen una práctica positiva frente a la prevención del cáncer de cérvix uterino, situación que necesita profundizar la investigación desde el enfoque cualitativo.

II. Revisión de literatura

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Barrios L, Benedetti I, Alvis L, Arroyo B. En el año 2011, en Colombia ⁽³⁾; realizaron una encuesta a 505 mujeres entre 13 y 60 años edad, que habían tenido vida sexual, residentes en las ciudades de Cartagena y Sincelejo. Los resultados revelan que prácticamente todas las mujeres tienen conocimientos sobre citología cérvico-uterina. El 94.5% de las mujeres se la han realizado por lo menos una vez. Este porcentaje es mayor en el rango de 40 a 60 años donde alcanza el 99%, y en las de menor edad este porcentaje disminuye. Al definir su utilidad: solo el 73.8% respondió de manera acertada. El 50% refieren aspectos desagradables en relación con la toma de la citología, como el miedo y el temor a un diagnóstico de cáncer y el olvido es el principal factor para no reclamar los resultados. Estos datos demuestran que el porcentaje de mujeres con vida sexual que desconocen la utilidad de la citología o nunca se la han practicado es mínimo, lo cual permite concluir que la ineficacia de los programas de tamizaje para disminuir las cifras de cáncer de cérvix en nuestro medio depende de otros factores que deben ser evaluados.

Villacrés A, Guano Q. en el 2012, Quito ⁽⁴⁾. Realizaron un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal para determinar el nivel de conocimientos acerca del Papanicolaou en pacientes que acuden a realizarse el examen a la consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Asdrúbal de la Torre del Cantón Cotacachi de la provincia de Imbabura, 2012. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta a 152

pacientes, y para su análisis se efectuó una comparación de datos en los que encontramos que el nivel de conocimiento sobre el Papanicolaou está influenciado directamente por la edad, escolaridad y etnia, encontrando que un 87% de mujeres desconocen sobre el examen mencionado, el 34% de ellas tienen entre 26-35 años, el 34% son analfabetas, es así que al comparar la etnia y el motivo por el cual aplazan la realización del Papanicolaou encontramos que el 41% no se lo realizan por desconocimiento, el 37% lo aplaza por miedo y el 22% de no se lo realiza por vergüenza. El 85% de las mujeres encuestadas eran indígenas y no tienen una idea clara de lo que es el Papanicolaou debido a la inadecuada orientación sobre su utilidad.

López C, Castillo M, Calderón A, González M. En el 2013, Colombia ⁽⁵⁾. Realizaron un estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia. En total se entrevistaron 100 mujeres. En la distribución por edad la media fue de 27,22 años. La mayoría tenían SIS BEN 1 (76%). El 89% de las mujeres encuestadas tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino. El 88,8% de mujeres que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a que acuden a la escuela. Con estos resultados se busca tener elementos para reorientar los procesos educativos en esta comunidad, empezando desde la educación escolar, hacia aspectos

socioculturales de las personas y con base en esto elaborar proyectos educativos mucho más pertinentes, convirtiéndolos en eficientes y efectivos.

Olivera M. En el 2015, Nicaragua ⁽⁶⁾; realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo con un muestreo aleatorio simple, lo constituyeron 200 mujeres en edades entre 18 a 60 años. Se encontró que la edad de las mujeres al igual que el grado de escolaridad fueron factores influyentes para el nivel de conocimiento, las actitudes y la práctica demostrando que las mujeres de mayor edad y mayor nivel educativo tenían un grado de conocimiento alto y actitudes favorables, ambas estadísticamente significativas no así con la práctica; ya que las mujeres de mayor edad presentaron practicas inadecuadas en comparación con las adolescentes aunque no fue significativa. El nivel de conocimiento más alto se presentó en la mayoría de las mujeres presentando una relación inversa en proporción a las prácticas ya que predominaron las prácticas inadecuadas, sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa. Las que se presentaron en un porcentaje menor fueron las actitudes desfavorables que si afectan el bienestar sexual y reproductivo de la mujer. A pesar que la actitud favorable no fue una condición predominante en las mujeres del estudio se encontró que más del (70%) de las usuarias se habían realizado la prueba en un periodo de 1 a 2 años. Así también el conocimiento de algún reporte de Papanicolaou en los últimos 3 años, aunque la mala experiencia al reclamo de su resultado fue lo que más predomino, así también las prácticas sexuales consideradas de riesgo fueron inadecuadas en más de la mitad de los casos.

Ramírez E. En el 2015, Argentina ⁽⁷⁾; realizó un estudio de corte transversal, descriptivo y analítico, que permitirá identificar los conocimientos que tienen las mujeres sobre el Papanicolaou en el ámbito laboral que se relaciona con el área de la salud, y cuáles son las actitudes que le permiten tomar la decisión de acceder a la toma del examen como práctica de autocuidado. En este estudio se analizaron las respuestas de doscientas mujeres encuestadas, de las cuales ciento cuarenta y cuatro eran docentes y cincuenta y seis no docentes. Con el análisis efectuado se concluyó que a pesar de contar con conocimientos sobre la toma de Papanicolaou existen algunas diferencias en las actitudes, la decisión de la toma de la prueba y la ejecución efectiva del test por parte de las mujeres dependiendo si estas son del grupo de docentes o de no docentes. Del mismo modo puede decirse que las mujeres en su ámbito laboral, podrían convertirse en población cautiva que favorezca el fortalecimiento del Programa Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino de la provincia de Buenos Aires, incluyendo el proceso adecuado de toma, entrega de resultados y campañas de educación para el afianzamiento de los conocimientos sobre el tema.

Suazo R. En el año 2016, Nicaragua ⁽⁸⁾; realizó un estudio de corte transversal, donde se analizaron las respuestas en base a frecuencias y porcentajes de 208 mujeres entrevistadas donde el mayor porcentaje fueron femeninas entre 21 a 35 años, al igual con mayor porcentaje fueron de origen urbano con un 63.95%, la mayoría eran casadas o en unión libre, con un 68%, y un 85.59% eran amas de casa. Además podemos analizar que apenas el 50% de la población presentó conocimiento adecuado, sin embargo el tipo de

conocimiento no implicó en la actitud ya que en general fue favorable, al igual que a pesar de tener buena actitud el nivel de práctica en general no fue bueno.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Macha A, Quiroz N. en el 2015, Huancayo ⁽⁹⁾; desarrollaron una investigación de tipo cuantitativo y nivel descriptivo, con diseño simple de una casilla y de corte transversal. La población muestral estuvo compuesta por 132 mujeres en edad fértil, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado para medir el conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou. Obteniendo como resultados que el 59,84 % de mujeres desconocen aspectos básicos referentes a la prueba del Papanicolaou; en cuanto a la actitud, en un 90,91 % es favorable; en sus prácticas hacia la toma de la prueba del Papanicolaou es no aceptable en un 56,81 %. Concluye que la mayoría de mujeres desconoce el momento idóneo para realizarse la prueba del Papanicolaou, aunque tienen una actitud favorable para realizarse la prueba; en cuanto a la práctica, más de la mitad (56,81 %) no practica la prueba en el momento adecuado ni recogen sus resultados.

Delgado J. En el 2015, Chiclayo ⁽¹⁰⁾; realizó un estudio cuantitativa con enfoque descriptivo transversal para medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. La muestra estuvo conformada por 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital. En la recolección de datos se empleó un instrumento tipo encuesta, la cual fue validada por juicio de expertos. Se concluye que el 40.5 % de mujeres encuestadas presentaron un nivel de conocimientos alto; sin embargo, el 60.5%

presentaron un nivel de actitudes desfavorable y un 53.9% un nivel de prácticas inadecuadas.

Macha E. En el 2016, Huancayo ⁽¹¹⁾, realizó un estudio que tuvo como objetivo general, describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Barrio La Libertad del distrito de Chupaca. Fue un estudio descriptivo, de nivel cuantitativo, diseño no experimental, de cohorte transversal de una sola casilla. La población lo constituyeron 150 mujeres en edad fértil, con una muestra de 108 mujeres en edad fértil y muestreo no probabilístico. Los Resultados obtenidos reportan que la mayoría de mujeres (57,4%) no tiene conocimiento global sobre la prueba de Papanicolaou, frente a un menos porcentaje que sí mostró conocimiento (42,6%). Así mismo las brechas del conocimiento se muestra en el 83,3% de mujeres conocen que es la prueba del Papanicolaou, seguido de un 68,5% que conocen la importancia de a prueba del Papanicolaou. Por otro lado la mayoría (88,9%) de las mujeres tienen una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou y el 11,1% muestra una actitud desfavorable. En cuanto a la práctica global han demostrado que el 22,2% de las mujeres practica esta prueba y el 77,8% tienen prácticas negativas. Concluyó que las mujeres entrevistadas no tienen un conocimiento global sobre de la toma del Papanicolaou, presentan actitudes favorables y las prácticas son negativas, situación que amerita profundizar el estudio para relacionar el conocimiento con las prácticas y actitudes.

Dianderas D. Maruya M. En el 2016, Huancayo ⁽¹²⁾; ejecutaron un estudio de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo, y de corte transversal. La muestra estuvo conformada

por 132 mujeres en edad fértil obtenida mediante la fórmula muestral, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado y validado para medir el conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou. Los resultados recogidos son que el 98% de mujeres desconocen la prueba del Papanicolaou; en cuanto a la actitud, en un 65 % es favorable; en sus prácticas hacia la toma de la prueba del Papanicolaou en un 100 % no practican lo cual es alarmante. Llegando a las siguientes. Concluyeron que la mayoría de mujeres desconocen la toma del Papanicolaou. Sin embargo, llama la atención que más de la mitad muestran actitudes favorables, pero no se reflejan en las prácticas.

Claudia C, Oliva H. En el 2016, Lima ⁽¹³⁾; realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal en el cual se evaluó a pacientes mayores de 15 años que asisten a la consulta externa de Ginecología del Hospital San José en el mes de julio a agosto del 2015. Se realizaron encuestas estructuradas. El tamaño de la muestra fue de 368 mujeres mayores de 15 años. Obteniendo como resultados que el 45.11% de las mujeres mayores de 15 años encuestadas, oscilan entre 30-44 años. De todas las mujeres encuestadas, el 60.05% conocen que el Papanicolaou se realiza para la detección del cáncer del cuello uterino; el 45.11% piensan que el presentar molestias en la vagina es el indicador más importante para realizarse el examen del Papanicolaou; Así mismo, el 54.62% presentaron un nivel de conocimiento alto con respecto al Papanicolaou; el 55.70% presentaron una actitud favorable frente al examen del Papanicolaou; el 58.97% mostraron una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou. Del mismo modo se encontró que, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la

práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou ($p < 0,05$); y existe relación estadísticamente significativa relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou ($p < 0,05$). Concluyó, que las mujeres mayores de 15 años que acudieron al consultorio de Ginecología presentan un nivel de conocimiento alto, una actitud favorable y una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou.

Mozombite K. en el 2016, Pucallpa ⁽¹⁴⁾; realizó un estudio exploratorio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 190 mujeres en edad fértil entre las edades 15 a 45 años que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. Y los resultados fueron, que de las 190 mujeres en edad fértil que participaron del estudio, el 21% se encuentran entre el rango de edades de 26 – 30 años, el 59% cursan el grado de educación secundaria, el 13% mujeres que participaron del estudio tuvieron mayor/igual a 4 hijos. Respecto al inicio adecuado para la toma de Papanicolaou 73% indicaron que es después de iniciar la primera relación sexual, así mismo el 88% de MEF indicaron que el intervalo que debe transcurrir entre la toma de Papanicolaou es de un año. Alcanzando el 45% un conocimiento alto, 28% un conocimiento intermedio y el 27% un conocimiento bajo sobre la detección del cáncer de cuello uterino. Con respecto a las Actitudes de las mujeres en edad fértil sobre detección del cáncer de cuello uterino, El 91% tiene una actitud Positiva, el 8% presentan una actitud indiferente y sólo el 1% una actitud Negativa. Con respecto a las prácticas el 50% realizaron por primera vez la prueba de Papanicolaou cuando estaban embarazadas. El 73% de mujeres sí recogieron

resultados de Papanicolaou tempranamente, el 25% no lo hizo, lo que representa un serio problema para la detección precoz del cáncer cervical. El estudio demostró que el 45% de las mujeres en edad fértil que participaron del estudio tienen un conocimiento alto sobre detección del cáncer de cuello uterino. El 91% tiene una actitud positiva en temas de detección, sólo el 1% tiene una actitud negativa frente al tema planteado. El 55% de las mujeres que participaron del estudio tuvieron prácticas adecuadas en relación a la detección del cáncer de cuello uterino a diferencia del 45% manifestaron contrariamente prácticas inadecuadas.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Bases teóricas del Conocimiento.

Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. Alavi y Leidner lo conceptualizan como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. ⁽¹⁵⁾

En la literatura revisada encontramos que el conocimiento tiene tres características básicas:

- El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma”, permite “entender” lo fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento ⁽¹⁶⁾

- Sirve de guía para la acción de las personas, de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (16).
- Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. Por lo tanto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficiente. ⁽¹⁶⁾

2.2.2. Modelo de Conocimiento Cooperativo Participativo.

Las investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas sobre el aprendizaje cooperativo han permitido demostrar su eficacia como un medio para mejorar el rendimiento, es así que en los años 90 el aprendizaje cooperativo es reconocido como una de las principales innovaciones tanto para favorecer el logro de importantes objetivos educativos, siendo incluido de forma cada vez más generalizada como una dimensión esencial de la educación intercultural.⁽¹⁶⁾

Existen otros procedimientos para aumentar el rendimiento de las mujeres distintos del aprendizaje cooperativo, la evidencia disponible en la actualidad refleja que la cooperación inter-étnica es con gran diferencia el medio más eficaz de mejorar las actitudes y conductas inter-étnicas en la escuela

Este modelo es de aprendizaje que, frente a los modelos competitivo e individualista, plantea el uso del trabajo en grupo para que cada individuo mejore su aprendizaje y el de

los demás. El objetivo es lograr ser mejor que los demás, obtener mejores resultado que el resto; en el individualista, se trata de conseguir objetivos óptimos independientemente de lo que haga el resto del grupo y en el modelo cooperativo, el éxito personal se consigue siempre a través del éxito de todo el grupo.

Un grupo cooperativo tiene un sentido de responsabilidad individual lo cual significa que todo el mundo es partícipe de tarea propia y de los demás, y se implica en ésta entendiendo que su trabajo es imprescindible para el éxito del grupo ⁽¹⁷⁾.

Los elementos que integran el aprendizaje cooperativo son los siguientes:

Interdependencia positiva, (Hnos. Johnson): La estructura de los objetivos y de las finalidades del aprendizaje deben realizarse de tal forma que cada persona debe interesarse tanto por el rendimiento de todos sus compañeros como por el propio, todos tienen tareas asignadas según sus capacidades aptitudes o habilidades. ⁽¹⁸⁾

1. **Responsabilidad individual o corresponsabilidad, (Hnos. Johnson):** En los grupos de aprendizaje cooperativo, individual y colectivamente, cada uno de los participantes de un grupo recibe retroalimentación relativa al propio progreso al de los demás y al del grupo en su totalidad; de forma tal que le propio grupo se encuentra en condiciones de auto administrarse ayudas pedagógicas entre sus componentes.
2. **Participación igualitaria (Spencer Kagan):** Es preciso aplicar técnicas que estructuren la actividad de manera tal que dicha participación sea real.

3. **Interacción simultanea (Spencer Kagan)** Hace referencia al porcentaje de miembros de un equipo abiertamente comprometidos con su aprendizaje en un momento dado, interactúan a la vez. Los miembros del equipo interactúan, discurren antes de hacer una actividad, se ponen de acuerdo sobre cuál es la mejor manera de hacerla; se ayudan entre ellos. ⁽¹⁸⁾

2.2.3. Principios de una intervención educativa

Todo proceso de intervención educativa tiene en su fundamentación unos principios que sirven de soporte para establecer el modelo de acción educativa. En líneas generales se señalan los siguientes:

- **El Tratamiento De La Diversidad:** (Aprendizaje individualizado y personalizado), es posible si se parte de una evaluación inicial que ayude a definir qué necesita cada joven para alcanzar los objetivos planteados, cuáles son sus intereses, sus expectativas, sus valores, sus necesidades de manera que se puedan diseñar las respuestas más adecuadas, motivadoras y enriquecedoras posibles. Para ello sería necesario ofertar estrategias metodológicas variadas que permitan el aprendizaje en grupos y el aprendizaje individual, actividades ricas y complejas con distintos niveles de realización, utilización de recursos técnicos y materiales variados ⁽¹⁹⁾.
- **Aprendizaje Constructivo, Significativo Y Funcional:** Constituye el punto de partida que da sentido a toda la propuesta educativa, que da pie a la construcción de nuevos aprendizajes y que permite que estos aprendizajes sean significativos y

funcionales. Aprender significativamente quiere decir poder atribuir significado al material objeto de aprendizaje. Para ello es necesario:

- Que ese nuevo aprendizaje se pueda relacionar con conocimientos previos de la persona que aprende, de manera que pueda conectar lo nuevo con lo ya conocido, produciéndose una reestructuración de este conocimiento previo.
 - Que los contenidos propuestos en el proceso de enseñanza-aprendizaje no sean confusos o arbitrarios, sino que se caractericen por la estructuración, claridad y relevancia.
 - Que lo que se aprende tenga un sentido, sea funcional, es decir, pueda ser utilizado para la resolución de problemas en contextos distintos a aquel en el que se ha realizado o para acceder a nuevos aprendizajes.
 - El interés por la funcionalidad del aprendizaje implica seleccionar los objetivos teniendo en cuenta lo que es necesario para vivir en sociedad, insertarse laboralmente como trabajador/a y ciudadano/a (capacidad para comunicarse, relacionarse, valorar, juzgar, planificar, resolver problemas, dar satisfacción a necesidades...).
 - El gran reto del educador/a es, pues, encontrar la manera de conseguir que los aprendizajes resulten de utilidad para la vida, el gran objetivo de aprender a aprender supone una expresión máxima de funcionalidad de los aprendizajes ⁽¹⁹⁾
- **El Aprendizaje Cooperativo Y Participativo:** Los y las jóvenes deben participar en primer lugar en la toma de decisión de incorporarse al programa o no, de manera que, de alguna forma, sea parte de una decisión personal, fruto de

la reflexión, el diálogo, el consenso y el compromiso personal. Las personas que participan en un programa de estas características deben saber que son los máximos responsables de su propio proceso educativo, y que sin su implicación no es posible avanzar en la dirección acordada.

Por ello el proceso de participación debe ir acompañado con el compromiso personal, una especie de acuerdo o contrato que especifique en qué términos se va a dar esta implicación, hasta dónde y en qué proceso. Pero la participación no finaliza en la esfera de lo individual, sino que se extiende a lo grupal ⁽¹⁹⁾.

- **Aprendizaje Globalizado-Interdisciplinar:** Desde la perspectiva formativa que se propone, la intervención de los educadores y educadoras debe facilitar que el aprendizaje de dichos contenidos se lleve a cabo de una forma global, integrando unos y otros tal y como en la vida diaria y en la práctica profesional se encuentran. Por lo tanto, será preciso que las propuestas educativas presenten de una forma clara tanto la relación entre los aprendizajes que a ellos les interesa y todos los demás, como la relación entre unos y otros para llegar a conseguir los objetivos que se pretenden, que son la inserción laboral y participación en la vida activa. El planteamiento globalizador se concretaría en los denominados Proyectos Integrados de Aprendizaje. Estos se definen como una estrategia metodológica cuyo eje central es la resolución de problemas vinculados a la profesión elegida y que suscitan la intervención conjunta de las otras áreas ⁽¹⁹⁾.

➤ **El Desarrollo Del Auto concepto y De La Autoestima:** Es una estrategia educativa, que abre expectativas para el proceso de desarrollo personal, social y encamina la toma de decisiones con relación a su incorporación a la vida activa en sentido positivo y estimulante. Las personas con una autoestima negativa se sentirán infravaloradas e insatisfechas, transformando esta insatisfacción, bien en una inaceptación propia, generadora de comportamientos depresivos, bien en una agresividad hacia el entorno, a personas circundantes ⁽¹⁹⁾.

- **El Clima Educativo:** (elemento facilitador del crecimiento personal), es el conjunto de características psicosociales, determinadas por todos aquellos factores o elementos estructurales, personales y funcionales de la institución que confieren un peculiar estilo a dicho centro condicionando la respuesta educativa ⁽¹⁹⁾.

- **Pérez López (1991) afirma que:** "el aprendizaje es cualquier cambio que se produce como consecuencia de un proceso de interacción (entre dos agentes), siempre que la modificación sea significativamente importante para la explicación de interacciones futuras"⁽²⁰⁾.

Muñoz Seca y Riverola (1997) sostienen que: "El resultado final del aprendizaje a través de resolución de problemas es la creación de un modelo mental que, al mismo tiempo potencia las capacidades de aprendizaje"⁽²⁰⁾.

2.2.4. La cooperación y la colaboración

Lo que el modelo que hemos llamado 4C (Cascada para Capacitación Cooperativa-Colaborativa) intenta demostrar es que la cooperación y la colaboración no son excluyentes, sino que son complementarias, de acuerdo al tipo de tratamiento de los problemas a resolver y de los valores involucrados en las interacciones entre los participantes en búsqueda de la solución. El aprendizaje colaborativo se refiere a la formación de grupos o equipos de trabajo orientados hacia ciertos objetivos de aprendizaje, donde cada participante del grupo interviene en todas y en cada una de las partes del proyecto o problema. El trabajo cooperativo se basa en la siguiente operatoria: dado un cierto problema, el mismo se debe completar dividiendo las tareas entre los agentes cooperantes, donde cada uno es responsable de su parte para la resolución del problema en su totalidad ⁽²⁰⁾.

2.2.5. Bases teóricas de la actitud.

La actitud es una predisposición aprendida no innata y se establece aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Estas condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales ⁽²⁰⁾.

a) Teorías del aprendizaje.

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje <depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos> ⁽¹⁷⁾.

b) Teoría de la disonancia cognitiva.

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso debemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos. Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia ⁽²¹⁾

2.2.5.1. Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí ⁽²²⁾.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual) ⁽²³⁾.

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto ⁽²³⁾

2.2.5.2. Tipos de Actitud

Actitud Emotiva.-Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, Que van unidas a una actitud de benevolencia ⁽²⁴⁾

Actitud Desinteresada.-Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación. ⁽²⁴⁾.

Actitud Manipuladora.-Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. ⁽²⁴⁾.

Actitud Interesada.-Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo ⁽²⁴⁾.

Actitud Integradora.-La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas ⁽²⁴⁾.

2.2.5.3. La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud.

La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social; cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa ⁽²⁰⁾

Las actitudes dependen, en gran medida, de las convicciones importantes o centrales que tiene una persona y, bajo determinadas condiciones, predicen sus conductas. De ahí que las actitudes de una persona tengan relación con sus valores y comportamientos.

a. Autenticidad.

Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior ⁽²⁰⁾

b. La fortaleza de la voluntad.

La voluntad necesita ser educada y fortalecida a través de un proceso orientado por el orden, la constancia, la disciplina, la motivación y la ilusión (Rojas, E. 1997). La voluntad necesita un aprendizaje gradual, que se consigue con la repetición de actos en donde uno se vence, lucha y cae, y vuelve a empezar. Dicho en otros términos: hay que adquirir hábitos positivos mediante la repetición de conductas, que van inclinando la balanza hacia comportamientos mejores. ⁽²⁰⁾

c. La autoestima.

Es la disposición con la que enfrentamos y evaluamos nuestra propia identidad. Una autoestima positiva es la suma de la confianza y del respeto que sentimos por nosotros mismos. Cuanto más positiva sea nuestra autoestima más preparados estaremos para afrontar las adversidades y resistir las frustraciones, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo, encontraremos más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras, más inclinados nos sentiremos a tratar a los demás con respeto y magnanimidad, y más satisfacción encontraremos por el puro hecho de vivir (Branden, N. 2000). La persona con una autoestima adecuada actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos, disfrutará con sus logros, tolerará frustraciones y será capaz de influir en otros; todo ello incidirá favorablemente en el proceso de su desarrollo personal⁽²⁰⁾.

2.2.6. Base teórica de la Práctica.

La Real Academia de la Lengua Española hace referencia al uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. A partir de lo cual, Figueroa plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida⁽²⁵⁾

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cérvico uterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que llevan a modificar las negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control. Basado en ello, es imprescindible identificar que Prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la Prueba del Papanicolaou, que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud ⁽²⁵⁾

Por la naturaleza de la investigación se asume la definición de la Real Academia Española que plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida ⁽²⁶⁾

2.3. Marco Conceptual.

2.3.1. Aspectos conceptuales pertinentes.

- ***Cáncer de cuello uterino.*** - Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común (un procedimiento en el que se raspan células

del cuello uterino y se observan bajo un microscopio). La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH)⁽²⁷⁾.

El cuello uterino es la parte más baja y estrecha que sirve de entrada al útero. También conocido como la matriz, el útero es donde crece el bebé cuando una mujer está embarazada. El cuello uterino conecta la parte superior del útero con la vagina (vía del parto). El cáncer de cuello uterino es altamente prevenible en la mayoría de los países del Hemisferio Occidental, debido a que se dispone de pruebas de detección de una vacuna para prevenir infecciones por el papiloma humano (VPH)⁽²⁸⁾.

- **Educación a la población sobre el cáncer:**

El contacto con la población se produce a través de la estructura de atención primaria, como las clínicas o centros de salud de la comunidad, donde se debe efectuar la toma de la muestra citológica. Sin embargo, ciertos hechos deben ser tomados en cuenta.

Los adolescentes deben conocer la ventaja de iniciar las relaciones sexuales a una edad donde el cuello uterino haya madurado fisiológicamente; el uso de los anticonceptivos de barrera, condones y diafragmas, tienen efecto protector; deben ser conscientes de la importancia de una buena higiene genital y de tratar adecuadamente cualquier flujo o infección genital; deben conocer también del riesgo aumentado de tener varios

compañeros sexuales o que su compañero masculino tenga múltiples compañeras. También deben ser informadas del aumento del riesgo por fumar cigarrillos ⁽²⁹⁾.

En el pasado, con objeto de estudiar la epidemiología del cáncer, se recomendó obtener información confidencial sobre antecedentes personales relacionados con la vida sexual y reproductiva, tales como: edad del primer coito, número de compañeros, etc., lo cual se considera ahora como innecesario salvo para estudios especiales. Un programa efectivo de control del cáncer de cuello uterino requiere un intercambio rápido y preciso de información entre las diferentes estructuras del sistema de salud y debe ser manejado desde el servicio de citopatología central, considerando importante los siguientes puntos:

- Orientación de las pacientes, que incluye:
 - a) La elección de un sitio adecuado para las entrevistas;
 - b) El desarrollo de un esquema que prevea los temores de las pacientes y las preguntas que harán con respecto al examen;
 - c) La disponibilidad de tiempo suficiente para orientar a las pacientes nuevas y contestar a todas sus preguntas.
 - d) La explicación a las pacientes de los procedimientos de seguimiento; cuándo van a recibir sus resultados y cuándo deben hacerse su control rutinario

Una vez que una mujer ingresa al programa, debe encontrar un ambiente que la estimule a seguir participando. Todo el personal del programa debe asumir plenamente la

responsabilidad de crear una atmósfera adecuada para la paciente. El solo hecho de obtener muchas muestras para citología no constituye un programa del control de cáncer de cuello uterino. Además de la citología cervical, se debe obtener los datos personales de cada paciente durante su primera visita a la clínica o centro de salud. Esta información permitirá el seguimiento, en el caso de las detecciones subsiguientes, o el diagnóstico y el tratamiento en los casos positivos. Para el seguimiento, los datos insuficientes en la información pertinente pueden resultar en la pérdida de la paciente (29).

▪ **Prevención y control del cáncer uterino: Enfoque Integral**

La OMS recomienda la adopción de un enfoque integral para prevenir y controlar el cáncer de cuello uterino. Entre las medidas recomendadas por la Organización figura la aplicación de intervenciones a lo largo de la vida. El enfoque ha de ser multidisciplinar e incluir componentes como la educación y sensibilización de la comunidad, la movilización social, la vacunación, la detección, el tratamiento y los cuidados paliativos (29).

La prevención primaria comienza con la vacunación de las niñas de 9 a 13 años antes que inicien subida sexual. Otras intervenciones preventivas recomendadas son:

-) Educar en materia de prácticas sexuales seguras y retrasar el inicio de la vida sexual.
-) Promover el uso de preservativo y suministra a quienes ya hayan iniciado su vida sexual.

) Advertir sobre el consumo de tabaco, que a menudo comienzan en la adolescencia⁽³⁰⁾.

- **Toma de citología vaginal.** - Las células que se descaman del epitelio que reviste el cérvix constituye material de estudio de la citología que, a partir de George N. Papanicolaou, es un imprescindible método diagnóstico para detectar el cáncer cérvico uterino, en sus etapas iniciales y otras anomalías del tracto reproductor femenino. Este estudio es una prueba de tamizaje basada en una cadena de procedimientos a partir de la obtención por raspado o cepillado, para formar una monocapa de material en el portaobjeto, fijados y teñidos correctamente en el laboratorio para su interpretación.⁽³¹⁾

La toma de muestra para citología cervical no es solo una rutina instrumental, sino un procedimiento sistematizado y guiado clínicamente para obtener la información y material suficiente para que el citólogo o patólogo, realicen un diagnóstico preciso.

El Papanicolaou puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuenten con los insumos básicos para la obtención de muestras, sea este un centro de atención primaria de la salud o un hospital de mayor complejidad. Así, es posible descentralizar la toma de Papanicolaou para favorecer un mejor acceso al tamizaje de toda la población objetivo.⁽³²⁾

Las mujeres deberán hablar con su médico de cuándo y con qué frecuencia se deberán hacer exámenes selectivos de detección. En marzo de 2012, la Brigada de Servicios

Preventivos de los Estados Unidos (*United States Preventive Services Task Force*) junto con la Sociedad Americana contra el Cáncer, la Sociedad Estadounidense de Colposcopia y Patología Cervical (*American Society for Colposcopy and Cervical Pathology*) y la Sociedad Estadounidense de Patología Clínica (*American Society for Clinical Pathology*) publicaron pautas actualizadas respecto de los exámenes selectivos de detección. Estas pautas recomiendan que la mujer se haga su primera prueba de Papanicolaou a los 21 años de edad. Aunque las pautas anteriores recomendaron que las mujeres se hicieran su primera prueba de Papanicolaou tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales, ahora se recomienda esperar hasta los 21 años de edad porque las adolescentes tienen un riesgo muy bajo de padecer cáncer de cérvix y una alta probabilidad de que las células anormales del cérvix desaparecerán por sí solas (33).

Según las pautas actualizadas, las mujeres de 21 a 29 años de edad se deberán hacer una prueba de Papanicolaou cada tres años. Las mujeres de 30 a 65 años de edad pueden hacerse exámenes selectivos de detección cada cinco años con una prueba conjunta de Papanicolaou y de VPH o cada tres años con una prueba de Papanicolaou solamente.

Las pautas señalan también que las mujeres con ciertos factores de riesgo pueden necesitar hacerse exámenes selectivos de detección con más frecuencia o continuar haciéndose esos exámenes después de los 65 años de edad. Las mujeres que han tenido histerectomía (cirugía para extirpar el útero y el cérvix) no necesitan hacerse exámenes

selectivos de detección de cáncer de cérvix, a menos que la histerectomía se haya hecho para tratar una lesión precancerosa del cérvix o cáncer de cérvix ⁽³³⁾.

▪ **Materiales y equipos:**

- a. **Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical.** - Se debe registrar todos los datos consignados en la hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical, cuidando que la información sea clara y precisa, ya que parte de la información orientara al cito tecnólogo en la búsqueda.
- b. **Portaobjetos.** - Es una laminilla rectangular de vidrio de 25 x 75 mm; con un espesor de 0.8 a 1.1 mm; con área esmerilada o sin ella en un tercio de la superficie de una de sus caras, en donde se anotan los datos de identificación de la usuaria y la fecha; en el resto de la superficie, para su observación en fresco o posterior a la tinción; la laminilla debe manejarse siempre por los bordes, nunca por las caras.
- c. **Lápiz marcador.** - Es el utensilio con el cual se rotula la laminilla, puede utilizarse un lápiz de grafito, del numero de 2 ó 2 ½, para rotular sobre el área esmerilada que poseen algunas laminillas.
- d. **Espátula de Ayre modificada.** - Es un instrumento alargado de 17.5 cm con dos diferentes extremos, uno en forma semicónica terminada en punta que permite la toma de la muestra del canal endocervical y la otra bifurcada, para la toma de la muestra de exocérvix.
- e. **Hisopo.** - es un palillo de madera de 18 cm de longitud aproximadamente, con uno de sus extremos cubiertos de algodón no absorbente, que por su

características físicas se utiliza para tomar muestras en mujeres climatéricas, premenopáusicas o postmenopáusicas y adolescentes, que mantiene íntegras las células sin producirles modificaciones.

f. **Espejo vaginal de Graves.** - Es un instrumento de dos valvas, una superior móvil y otra inferior fija; cada una con su brazo correspondiente y un tornillo que permite la apertura e inmovilización de las valvas. Existe diversos tamaños y seleccionará el más adecuado a la complejión de la mujer.

g. **Guantes.** - Pueden ser de látex no desechable o de otros materiales desechables, para evitar contaminar el equipo y el contacto directo con la paciente.

h. **Fijadores.** - Un fijador apropiado para el citodiagnóstico debe reunir las siguientes características:

- Cubrir y penetrar la célula rápidamente.
- Reducir la posibilidad de que la célula se contraiga.
- Mantener la morfología íntegra.
- Inactivar la autólisis enzimática.
- Reemplazar la hidratación celular.
- Permitir la permeabilidad de tinción a través de la membrana plasmática.
- Permitir la adhesión celular al portaobjeto.
- Ser bactericida.

Tipos de fijadores:

)] Alcohol etílico 96%, es de acción rápida, no tóxica.

) Citospray (alcohol base y una sustancia cerosa), es un fijador soluble al agua, compuesto por un alcohol como base y una sustancia cerosa que otorga una delgada protección celular.

) Alcoholes: metanol 100%, propanol 80% y isopropanol 80%.

) Otros aerosoles sin laca.

Mesa de exploración. - Lo más conveniente es disponer de una mesa de exploración ginecológica con pierneras o taloneras, si no se cuenta con ella se podrá utilizar una mesa o cama, que permite una posición adecuada.

Fuente de luz. - Lámpara de chicote o linterna sorda que proporcione iluminación suficiente y permita una clara visualización de los genitales femeninos y del cuello uterino, que permita identificar posibles patologías y tomar una muestra citológica adecuada.

Mesa de Mayo. - Es una estructura de acero inoxidable, cubierta en plancha de acero inoxidable, con pestañas en bordes superiores y plegadas, con cuatro ruedas de 03, doble giro, con banda de goma. ⁽³¹⁾

- **Procedimiento de toma de citología.** - Procedimiento para la Técnica del Papanicolaou método de obtención de muestras y técnica de la toma.

1. Solicitud del examen. - La hoja de solicitud de examen citológico es la principal comunicación entre el laboratorio y el médico, la misma debe llenarse con todos los datos requeridos y con letra legible antes de realizar la toma de la muestra.

2. Técnica de toma de Papanicolaou. - Los siguientes son requisitos para la obtención de una muestra citológica con condiciones óptimas para su evaluación:

- Paciente preparada y en posición para examen ginecológico.
- No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.
- Introducir el especulo vaginal sin lubricante y ubicar el cuello uterino, la toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras del exocérvix y endocérvix.
- En caso de presencia de sangrado o flujo, la toma de la muestra se hará previa limpieza cuidadosa del cuello uterino con torunda de algodón seco.
- En gestantes está contraindicado la toma de muestra del endocérvix
- El examen no debe realizarse durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último periodo menstrual.
- Cuarenta y ocho horas previas al examen la paciente no debe haberse realizado duchas vaginales, no haber tenido relaciones sexuales o usadas tampones, jabones, cremas vaginales, o medicamentos vía vaginal.

▪ **Procedimiento para la toma del Papanicolaou**

a) Rotulación de la lámina. -Previo a la toma de la muestra, se escribe con lápiz los nombres y apellidos de la paciente, su número de registro y la fecha de toma de la muestra en un papel pequeño que se asegura con un clip a la cara opuesta del extendido de la lámina.

b) Visualización del cuello uterino. - La zona de transformación (unión del exo y endocérvix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra. La zona de transformación puede ser fácilmente visualizada o encontrarse muy alta y no visualizarse, esto varía no solo de persona a persona, sino que incluso en la misma persona a través del tiempo por cambios hormonales que incluyen embarazo, menopausia, etc.

c) Recolección de la muestra. -Existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocérvix, zona de transformación y endocérvix que incluyen cepillos endocervical, espátulas de madera y plásticas.

d) Realización del extendido. -La muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse:

- En la cara opuesta al papel de identificación de la lámina.
- Deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos.
- La muestra de endocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- La muestra de ectocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina.
- Luego sumergir inmediatamente y completamente la lámina con el papel de identificación en el fijador.
- Se usará alcohol etílico absoluto en dilución no menor de 70%.

- El tiempo de fijación mínimo es de 30 minutos.
- El recambio del fijador será diario.
- El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de 01 semana.

e) Envío a laboratorios de citología. -Las laminillas una vez fijadas deben ser colocadas en cajas especiales, de plástico, madera o cartón, junto con sus respectivas boletas y ser enviadas a los laboratorios de citología⁽³⁴⁾.

f. Procesamiento e interpretación de las unidades de estudio

En los laboratorios de citología los datos de las hojas de solicitud son ingresados a un sistema de información; las laminillas o unidades de estudios son identificadas con un número correlativo y sometidas a un procesamiento que consiste en una serie de pasos, que incluye la tinción con la técnica de Papanicolaou, que permiten su observación al microscopio. La Tinción de Papanicolaou es un método de tinción policrómico con el que se busca obtener contraste entre el núcleo y el citoplasma de las células; consiste en introducir las laminillas, de una manera secuencial y por tiempo predeterminado, en diferentes soluciones que incluyen: agua, alcohol etílico a diferentes concentraciones, colorantes, acetona y xilol con el propósito hidratar las células y prepararlas para la tinción, colorear los componentes celulares y facilitar la observación al microscopio.

Una vez procesadas las láminas se procede a su observación al microscopio óptico con el fin de determinar si la forma, tamaño, patrón de tinción, etc. nuclear y celular son o

no normales; se realiza la interpretación de los hallazgos y posteriormente la categorización del resultado ⁽³⁵⁾.

g. Informe de resultados

En términos generales el resultado de una citología cervical debe brindar información sobre tres componentes básicos:

a) Calidad de la muestra. - Es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al médico remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra, esto fomenta una mayor atención al momento de tomar muestra. Las categorías que se han utilizado son: Satisfactoria, Insatisfactoria y una categoría intermedia denominada Satisfactoria pero limitada ⁽³⁵⁾

Satisfactoria: Cuando en la boleta de solicitud se consigna todos los datos requeridos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas, y existe representación de la zona de transformación, que se estima con la presencia de células de metaplasia escamosa o de células endocervicales.

No es posible aplicar en todos los casos todos los criterios estrictamente; por ejemplo, si no hay presencia de células de la zona de transformación la muestra se reporta como satisfactoria, pero debe indicarse en el informe para ofrecer al médico remitente información sobre el material que obtuvo.

Insatisfactoria: Cuando la muestra no tiene boleta de solicitud, la lámina no está rotulada, la lámina está rota, la célula es muy escasa o existe factores

(hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido.

Cuando la muestra es insatisfactoria se debe consignar si el laboratorio procesó y evaluó la muestra y por qué causa se considera insatisfactoria ⁽³⁵⁾.

La categoría “Satisfactoria, pero limitada”: se eliminó porque genera confusión entre los médicos tratantes y por la variabilidad de lo que en los laboratorios se considera “limitada”.

b) Categorización de los resultados. -Siguiendo las recomendaciones del Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino de la Secretaría de Salud, los hallazgos del frotis se reportan de acuerdo a las siguientes categorías generales:

- No útil o frotis inadecuado: cuando la muestra es insatisfactoria.
- Negativo por malignidad: el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión pre maligna (displasia).
- Sospechosa por malignidad: Existen alteraciones morfológicas, pero no son concluyentes
- Positivo por malignidad: el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NICI) (Displasia Leve)
 - Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NICII) (Displasia Moderada)

- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NICIII) (Displasia Severa) /carcinoma in Situ
- Carcinoma de Células Escamosas
- Adenocarcinoma

c) Interpretación y diagnóstico descriptivo de los hallazgos.- El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha sido objeto de revisiones posteriores, este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso, (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos y emplea el término “citología cervical” en vez de “citología cérvico vaginal” debido a que la mayoría de métodos de obtención de la muestra no tiene como propósito la toma de muestras de la vagina⁽³⁵⁾.

El Sistema de Bethesda define una clasificación general (opcional) y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

1.-Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.

2.- **Anomalía en Células Epiteliales:** cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones pre malignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares.

En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) y
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

La clasificación de Bethesda introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASCUS (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que existe en ciertos casos, para brindar un diagnóstico definitivo.

La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células. ⁽³⁵⁾

Utilidad de la citología vaginal. - El Dr. Papanicolaou continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal y cervical, así como técnicas de conservación y tinción de las células. En 1942 publicó la técnica de tinción que conocemos actualmente como Técnica de Papanicolaou; finalmente en 1943 junto al ginecólogo Traut publicó su trabajo, “Diagnóstico de cáncer uterino mediante frotis vaginal” trabajo que significó el reconocimiento internacional de la citología ginecológica. La persistencia y dedicación del Dr. Papanicolaou permitió hacer de la citología y del frotis vaginal una herramienta clínica común, lo que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer uterino en los últimos 40 años.

La citología de cuello uterino se realiza, básicamente, con el fin de detectar la presencia o ausencia de células cancerosas en las secreciones vaginales y cervicales. Su mayor utilidad es la detección precoz del cáncer de cuello uterino y es menos útil en el diagnóstico del cáncer de endometrio. Sin embargo, también es usada para el control de los casos de infertilidad, enfermedades venéreas o de transmisión sexual, infecciones micóticas, etc.

(36)

De ahí la enorme importancia que tiene el Papanicolaou, ya que cuando una mujer se lo realiza regularmente se pueden detectar las células malignas y con un tratamiento adecuado, en miles de casos el cáncer se ha podido erradicar. Este examen que no es doloroso, toma pocos minutos y

no tiene un costo elevado, en los centros de salud institucionales, se realiza gratuitamente y se puede realizar también en los consultorios ginecológicos.⁽³⁷⁾

Factores de riesgo. - Un factor de riesgo es aquel que aumenta sus probabilidades de padecer una enfermedad como el cáncer. Distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo, por ejemplo, la exposición de la piel a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. El hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer. Pero tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que usted padecerá la enfermedad⁽³⁸⁾.

Varios factores de riesgo aumentan su probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores de riesgo aumentan las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres que los tienen, no lo padecen. Cuando una mujer tiene cáncer de cuello uterino o cambios precancerosos, puede que no sea posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.

Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en vez de enfocarse en los que no se pueden cambiar

(tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas⁽³⁸⁾.

- A. **Edad.** - No se ha llegado a un consenso a nivel global respecto a la edad en que debe comenzar o por cuanto tiempo espaciar las pruebas de detección. En los países desarrollados como los Estados Unidos la detección se inicia a la edad de 21 años o dentro de los tres años posteriores al inicio de la actividad sexual y continua hasta la edad de 65 o 70 años. En otros países, como Inglaterra, la detección se inicia a los 25 años de edad. Se realiza cada tres años hasta la edad de 49 años y, entonces cada 5 años hasta la edad de 65 años (Programa Nacional de Detección). En países de bajo y medianos recursos, la detección es inconsistente, iniciando alrededor de los 35 años de edad; y entonces, continuando a cada cinco años. Si la detección está disponible solamente para una sola vez, entonces usualmente se realiza entre los 35 y 40^a años de edad.⁽³⁸⁾
- B. **Uso de condón.** - Los preservativos ("condones") proporcionan cierta protección contra el VPH. Los hombres que usan condones tienen una menor probabilidad de infectarse con VPH y de transmitirlo a sus parejas femeninas. Un estudio encontró que cuando se usan los condones correctamente, éstos pueden reducir la tasa de infección con VPH en

mujeres aproximadamente 70% si se usan cada vez que se tiene sexo. Una de las razones por las que los condones no pueden ofrecer protección total es porque no pueden cubrir todas las áreas del cuerpo que pueden infectarse con VPH, tal como la piel del área genital o anal. No obstante, los condones proveen cierta protección contra el VPH, y también protegen contra el VIH y algunas otras enfermedades de transmisión sexual. El condón (cuando lo usa el hombre en la pareja) también parece ayudar a que la infección con VPH y los pre cánceres desaparezcan más rápidamente ⁽⁴⁶⁾.

C. **Infección por el Virus del Papiloma Humano.** - El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado *papiloma*, lo que se conoce más comúnmente como verrugas.

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones.

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el VPH se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral.

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.

Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. Estas verrugas pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. Se conocen como verrugas genitales o condiloma acuminado. Los tipos VPH6 o el VPH11 causan la mayoría de los casos de verrugas genitales. A estos tipos se les llama VPH de *bajo riesgo* porque rara vez están asociados con el cáncer.

A otros tipos de VPH se les llama *tipos de alto riesgo* porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un VPH de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer.

Los médicos creen que una mujer tiene que estar infectada con VPH para desarrollar cáncer de cuello uterino. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por **VPH 16 y 18.**

La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con VPH. Otras pruebas detectan infecciones mediante la búsqueda de genes (ADN) del VPH en las células. A algunas mujeres se les hace la prueba de VPH junto con la prueba de Papanicolaou como parte de la detección. Cuando el resultado de una prueba de Papanicolaou en una mujer es ligeramente anormal, la prueba de VPH también se puede usar para ayudar a decidir cuál será el próximo paso. Si los resultados de la prueba muestran un tipo de VPH de alto riesgo, esto puede significar que ella necesitará una evaluación completa con un procedimiento de colposcopia. Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH ⁽³⁹⁾.

- D. Antecedentes de familiares de cáncer de cuello uterino.** - El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras ⁽³⁹⁾.
- E. Tabaquismo.** - Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas

que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH⁽³⁹⁾.

F. Alimentación. - Las mujeres con una alimentación que no incluya suficientes frutas, ensaladas y verduras pueden tener un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.

G. Píldoras anticonceptivas. - Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben

considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual ⁽³⁹⁾.

- H. Muchos embarazos a término (completo).** - Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.
- I. Pobreza.** - La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres de cuello uterino.
- J. Dietilestilbestrol (DES).** - Es un medicamento hormonal que se suministró a algunas mujeres para prevenir abortos espontáneos entre 1940 y 1971.

Las mujeres **cuyas madres tomaron DES (cuando estaban embarazadas de ellas) presentan adenocarcinoma** de células claras de vagina o de cuello uterino con mayor frecuencia de lo que normalmente se esperaría. Este tipo de cáncer se presenta muy rara vez en mujeres que no hayan sido expuestas al DES. Existe alrededor de un caso de este tipo de cáncer en cada 1,000 mujeres cuyas madres tomaron DES durante el embarazo. Esto significa que aproximadamente 99.9% de las "hijas del DES" no padecen de estos cánceres. El adenocarcinoma de células claras relacionado con DES es más común en la vagina que en el cuello uterino. El riesgo parece ser mayor en mujeres cuyas madres tomaron el medicamento durante sus primeras 16 semanas de embarazo. La edad promedio de las mujeres al momento del diagnóstico de adenocarcinoma de células claras relacionado con el DES es 19 años. Como la Administración de Alimentos y Drogas de EE. UU. (FDA) prohibió en 1971 el uso de DES durante el embarazo, hasta las hijas más jóvenes de madres que tomaron DES son mayores de 35 años - pasada la edad de mayor riesgo. Aun así, no hay una edad límite en la que estas mujeres estén a salvo de desarrollar cáncer relacionado con DES. Los médicos no saben con exactitud cuánto tiempo estas mujeres estarán en riesgo. ⁽³⁹⁾

Autorreporte de realización de la citología vaginal

Frecuencia De Examen Citológica:

En las mujeres con resultados negativos en la IVAA o la citología (frotis de Papanicolaou), el intervalo entre las pruebas de tamizaje debe ser de tres a cinco años. En las mujeres que obtienen un resultado negativo en una prueba de detección de VPH, el nuevo tamizaje debe hacerse después de un intervalo mínimo de cinco años. A las mujeres que hayan recibido tratamiento se les debe realizar una prueba de seguimiento posterior al tratamiento al cabo de un año para cerciorarse de la eficacia del mismo. En las mujeres cuyo estado con respecto al VIH sea seropositivo o desconocido y residan en áreas con alta endemicidad de la infección por VIH, si la prueba de detección es negativa, el intervalo entre aplicaciones repetidas del método de tamizaje debe ser de tres años. A las mujeres que hayan recibido tratamiento se les debe aplicar un método de seguimiento posterior al tratamiento al cabo de un año para cerciorarse de la eficacia del mismo. ⁽³⁸⁾

Numero De Tomas De Toma De Citología Vaginal

El rango de edad elegido para la aplicación del tamizaje por prueba de VPH es de 30 a 64 años. La prevalencia de infección por VPH para la población general es del 5 al 20%, detectable a través de la prueba de VPH; y el pico de la prevalencia se ubica en el grupo de mujeres menores de 30

años. El estudio poblacional que se llevó a cabo en la Argentina sobre prevalencia de ADN del VPH, en el marco de un Proyecto Multicéntrico de la Agencia Internacional de Investigaciones sobre Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (IARC-OMS), confirmó estos porcentajes para la Argentina. En la mayoría de los casos, alrededor del 90% son infecciones transitorias y de regresión espontánea, y están relacionadas con la respuesta inmunitaria del huésped. Debido a la alta prevalencia de VPH transitorio en mujeres menores de 30 años, la especificidad de la prueba de VPH en este grupo de edad es sustancialmente menor. Por lo tanto, su indicación llevaría a un sobre diagnóstico y al consiguiente sobre tratamiento de lesiones transitorias, lo cual puede repercutir negativamente en la mujer, generando miedo, enojo, culpa y ansiedad, entre. También el volumen de escisión realizado durante el tratamiento conlleva potenciales complicaciones perinatales. La recomendación de la IARC-OMS es no tamizar con prueba de VPH a las mujeres menores de 30 años. Esta recomendación es consistente con las conclusiones establecidas en el consenso de sociedades americanas de ginecología.

La prueba de VPH es significativamente más sensible que la citología para detectar CIN2+ y tiene un alto valor predictivo negativo (VPN), cercano al 100%. Los estudios más recientes muestran que este VPN permanece elevado a través del tiempo, como mínimo durante seis años. Diversos estudios han mostrado que una prueba de VPH negativa sola, o en

combinación con una citología negativa, implica un intervalo libre de CIN2+ mayor que el que otorga la citología sola. En mujeres VPH negativas, las tasas de CIN2+ positivas a los cinco años son equivalentes a las observadas a los dos años en mujeres con citología negativa. Un estudio que analizó una cohorte de mujeres en el Reino Unido mostró que la proporción acumulada de CIN2+ dentro de los cinco años después de una prueba negativa de VPH fue casi la mitad de la que presentaron las mujeres que fueron inicialmente negativas en la citología (0,6% vs. 1,2%). Solamente después de seis o más años las tasas de CIN2+ en mujeres originalmente negativas a la prueba de VPH se equipararon a las que presentaron tres años después las mujeres tamizadas con la citología. A su vez, un estudio canonizado realizado en Italia para comparar la efectividad de la prueba de VPH con dos rondas de tamizaje con citología demostró que la prueba de VPH es más efectiva que la citología para detectar CIN2+ en una primera ronda de tamizaje. Los autores concluyeron que el tamizaje mediante la prueba de VPH es más efectivo que la citología para detectar las lesiones de alto grado persistentes. Esta evidencia sustenta la recomendación de ampliar el intervalo de tamizaje con seguridad entre **tres y cinco años**. En México, por ejemplo, el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino establece un intervalo de frecuencia para la prueba de VPH negativa de cinco años. ⁽³⁸⁾

Fecha De Primera Toma:

Hoy en día la biología molecular nos evidencia que la totalidad de cánceres cervicales se relacionan con una infección previa con uno o más de los subtipos generadores de cáncer (oncogénicos) de VPH, aunque la edad usual de mayor incidencia de infecciones es poco **tiempo tras el inicio de relaciones sexuales** (en la adolescencia, los veinte o treinta años de edad), la progresión al cáncer cervical usualmente tarda entre 10 a 20 años. En algunos casos raros, las lesiones precancerosas progresan durante un intervalo más corto.

Se sugiere que el tamizaje debe iniciar con las mujeres que se encuentran a mayor riesgo de desarrollar lesiones de alto grado, las mujeres arriba de los 25 años de edad ⁽³⁹⁾. Las mujeres en riesgo a quienes se debe dirigir la realización de la prueba de tamizaje son las siguientes:

1. Mujeres de 25 a 54 años de edad.
2. Mujeres con factores de riesgo epidemiológico para desarrollar cáncer de cérvix.
3. Inicio temprano de la actividad sexual (antes de 18 años de edad)
4. Historia de múltiples parejas sexuales o cuyo compañero sexual tenga múltiples contactos sexuales (varón de riesgo).
5. Antecedentes o presencia de infección con el virus del Papiloma Humano – VPH, especialmente las cepas oncogénicas, Virus de Inmunodeficiencia

6. Mujeres fumadoras.
7. Mujeres que nunca se han realizado el Papanicolaou.
8. Mujeres que no se han realizado Papanicolaou en los últimos dos años.
9. Mujeres del área rural y de bajo nivel socioeconómico. ⁽⁴⁰⁾

Seguimiento de Recojo de Resultado:

A. Conservación de las muestras:

- Las láminas con las muestras fijadas de frotis cérvico-uterino, sólo requieren ser protegidas del polvo.

B. Embalaje y transporte de láminas:

- Las indicaciones siguientes se aplicarán sólo si el establecimiento de salud, donde se obtienen las muestras, no contara con el material requerido para efectuar la coloración o personal capacitado para realizar el diagnóstico.
- Asegurarse que las láminas, previamente fijadas, estén totalmente secas.
- Individualmente envolver con papel las láminas debidamente rotuladas y hacer paquetes con un máximo de 10 láminas.
- Colocar los paquetes en cajas de cartón y adjuntar las fichas de examen citológico respectivas.

- Rotular la cubierta de la caja y enviar al laboratorio respectivo. Indicar los datos correspondientes al laboratorio de destino, la dirección y el término “FRÁGIL”, así como datos del remitente.
- Para el transporte de las cajas, elegir un medio de transporte rápido, económico, seguro y confiable⁽⁴⁰⁾.

C. Remisión de muestras:

- Cada lámina portaobjeto rotulada debe enviarse con una solicitud o ficha de examen citológico correctamente llena según lo indicado.
- Las láminas conteniendo los frotis deben ser remitidas en un plazo no mayor de 15 días o variar los tiempos según el volumen y los plazos definidos por la autoridad competente en salud.

D. Entrega de resultados: Es fundamental que todas las mujeres reciban los resultados de sus pruebas, sean éstos negativos o positivos. Recibir el resultado del Pap es un derecho de todas las mujeres. Los efectores de salud deben garantizar que ese derecho se haga efectivo en un plazo no mayor a 4 semanas desde que se tomó la muestra. Se recomienda el uso de las siguientes estrategias que permitirán ubicar a las mujeres:

- Anotar la dirección de la mujer y cualquier otra información que permita localizarla (con su consentimiento).

- Recalcular la importancia de volver a buscar el resultado ya sea en el momento de la orientación y luego de realizar el Pap.
- Disponer de un listado de todas las mujeres cuyos resultados sean anómalos, con una indicación de si la mujer recibió sus resultados, así como el seguimiento terapéutico recomendado. ⁽⁴⁰⁾

III. Metodología

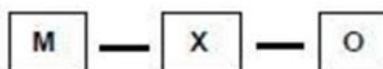
3.1. El tipo y nivel de Investigación

Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, ya que se realizó en un solo momento. Las variables fueron medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad. La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo y se integraron en ella técnicas de recolección de datos cuantitativa y cualitativa.

3.2. Diseño de la investigación

Diseño de investigación descriptiva simple de una casilla de cohorte transversal.

Esquema:



M: Mujeres en edad fértil del distrito de Chilca

X: Conocimiento, actitud y comportamiento.

O: Representa lo que se observa

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca, provincia de Huancayo y región de Junín.

3.3.2. Muestra

Para determinar el número de participantes se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra total la constituyeron 101 mujeres en edad fértil que se encontraban entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión para el estudio:

Criterios de Inclusión

- Mujer residente en distrito de Chilca. Que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que rechacen participar en el estudio.
- Mujeres con capacidades diferentes.
- Mujeres con morbilidad mental.

3.4. Operacionalización de variables e indicadores

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sobre citología vaginal	Conjunto de ideas enunciados sobre citología vaginal que tienen las mujeres en edad fértil	Definiciones y conceptos básicos Definición del PAP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tipo de prueba. ➤ Lugar donde se toma la prueba. 	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce
		Medidas preventivas previas a la toma de citología vaginal Beneficios e importancia del PAP	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prueba para la detección del Cáncer cervical. ➤ Importancia de hacerse la prueba rutinariamente. 	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Momento idóneo para la prueba. 	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de veces de la prueba en un determinado tiempo. 	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUD FRENTE A LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitud	Conjunto de opiniones, sentimientos y tendencias que predisponen de determinada forma a la mujer a determinadas conductas relacionadas con la toma de la prueba del Papanicolaou.	Toma del PAP.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitud de la prueba. 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de la prueba en un momento determinado. ➤ Importancia de hacerse la prueba rutinariamente. 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interés por recoger el resultado. ➤ Interés por el conocimiento detallado de los resultados. 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE PRÁCTICA SOBRE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Prácticas	Conjunto de hábitos o formas de actuar de la mujer en relación a la toma de la prueba del Papanicolaou.	Toma del PAP.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización del PAP. 	Cualitativa	Nominal	<p>Acceptable</p> <p>No aceptable</p>
		Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de la prueba en un momento determinado. ➤ Razones de la prueba. 	Cualitativa	Nominal	<p>Acceptable</p> <p>No aceptable</p>
		Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recojo de los resultados. ➤ Explicación especializada de los resultados. 	Cualitativa	Nominal	<p>Acceptable</p> <p>No aceptable</p>

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnica

La recolección de los datos se realizó a través de una Encuesta auto administrada anónima, que contiene las preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y practicas frente a la realización de la prueba de Papanicolaou.

3.5.2. Instrumentos

Se utilizó una encuesta validada, es un instrumento que contiene una identificación general de la encuesta y cuatro bloques, el primero contiene información Sociodemográfica y características sexuales y reproductivas de las encuestadas, el segundo contiene preguntas de conocimientos sobre la toma de Papanicolaou, el tercero es de preguntas de actitudes sobre la toma de Papanicolaou y el cuarto y último bloque contiene las preguntas relacionadas con las prácticas sobre la toma de Papanicolaou.

En total el instrumento contaba con treinta y cuatro preguntas que debieron ser diligenciadas por cada mujer encuestada.

Procedimientos

Se entregó a cada participante el formulario con los cuestionarios y la escala, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente.

La aplicación del formulario fue realizado por el investigador. Para poder iniciar la encuesta se solicitó previamente el consentimiento y su participación voluntaria en ella

de la participante. Una vez obtenida la autorización, se explicó a las participantes los objetivos de la investigación, la encuesta se realizó en su propia casa, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

3.6. Plan de análisis

La información se digitó en una base de datos en Excel 2013, y el análisis de datos se realizó con el paquete estadístico de SPSS 21. Partiendo de la base de datos de las encuestas aplicadas a la muestra calculada, en primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de las variables, presentado en frecuencias absolutas y proporciones. Asimismo, se utilizará indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.

3.7. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>-Describir los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Describir el conocimiento global sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p> <p>-Identificar los reactivos menos conocidos sobre conocimiento sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p> <p>-Describir la actitud global hacia la toma de la prueba del Papanicolaou en las mujeres en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p> <p>-Identificar las actitudes más frecuentes frente a la toma de la prueba del Papanicolaou en las</p>	<p>-Conocimientos sobre la toma de Papanicolaou.</p> <p>-Actitudes hacia la toma de Papanicolaou</p> <p>-Práctica frente a la toma de Papanicolaou.</p>	<p>Método de la investigación El método general a utilizarse es el científico</p> <p>Tipo de Investigación Por su finalidad realizada es básica</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación El diseño es observacional y analítica</p> <p>Población de estudio Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años del Distrito de Chilca.</p> <p>Muestra Todas las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos Técnica Encuesta por cuestionario.</p>

	<p>mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p> <p>-Conocer la práctica global frente a la toma de la prueba del Papanicolaou que tienen las mujeres en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p> <p>-Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas de las mujeres en las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del distrito de Chilca en el periodo agosto-diciembre del 2017.</p>		<p>Instrumento Cuestionario.</p>
--	--	--	---

Principios éticos

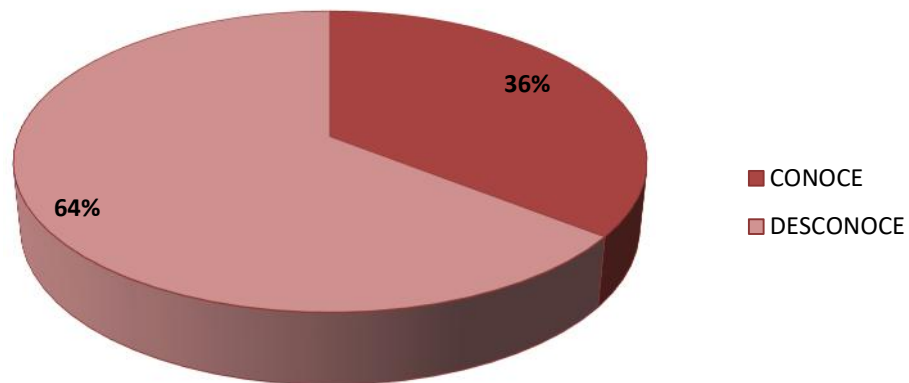
En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- J Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- J Se garantizó la confiabilidad de la información.
- J Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- J La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- J Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Figura 1



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017.

Figura 1. Gráfico circular del Conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años del distrito de Chilca, Junín 2017

La figura 1 hace evidente el conocimiento global de las mujeres en edad fértil del Distrito de Chilca, observando que el 36% del colectivo explorado tiene conocimiento global sobre la toma de la prueba del Papanicolaou, frente al 64% que no sabía de qué lugar se toma la muestra, y en qué casos se posterga esta toma de muestra.

Tabla 1

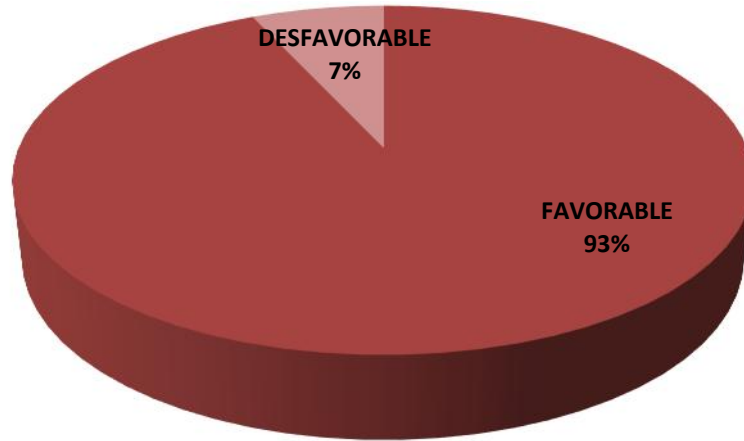
Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivo explorados, en mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017

Reactivos	Conoce		No conoce	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	99	98%	2	2%
2. Lugar de la toma de muestra	37	36.6%	64	63.4%
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	79	78.2%	22	21.8%
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	83	82.2%	18	17.8 %
5. Casos en que no se toma la muestra	16	15.8%	85	84.2%
6. Frecuencia de la toma de muestra	87	86.1%	14	13.9%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017

La **Tabla 1** Hace evidente que sólo el 2% de mujeres no conocen que el Papanicolaou (PAP) es el examen de cérvix, 63.4% no saben que la muestra del PAP se extrae del cérvix, seguido de un porcentaje importante (84.2%) que desconocen las tres condiciones básicas o requisitos para realizarse la prueba del PAP siendo estos, no tener relaciones sexuales dos días antes del examen, no estar menstruando, y no usar cremas ni óvulos vaginales. Es importante mencionar que el 78.2 % de las entrevistadas respondieron que el examen de PAP sirve para detectar las células precancerosas además de inflamación e infección cervical-vaginal. La mayoría (82.2%) conoce que la prueba del Papanicolaou es importante para prevenir el cáncer de cérvix, y el 87% sabe que la prueba del PAP se realiza anualmente.

Figura 2



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017

Figura 2. Gráfico circular de la Actitud global frente a la prueba del Papanicolaou en Mujeres de 15 a 49 años del Distrito -Chilca, 2017.

La **figura 2, muestra** que más de la mayoría (93%) del colectivo en estudio tienden a tener una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou; sin embargo, no deja de preocupar el 7% que resultó con actitudes desfavorables ubicándose así, en el grupo de riesgo.

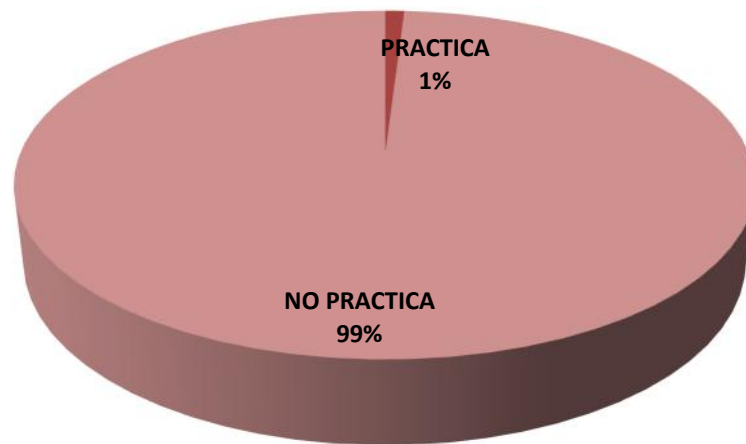
Tabla 2***Actitud frente a la prueba del Papanicolaou según reactivos explorados en Mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca-2017***

REACTIVOS	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1.Disponibilidad para la realización de toma de PAP	83	82.2%	18	17.8%
2.Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita	73	72.3%	28	27.7%
3.El material que se utiliza no es un obstáculo	26	25.7%	75	74.3%
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años.	84	83.2%	17	16.8%
5. Importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo.	81	80.2%	20	19.8%
6.Siempre solicito los resultados de la prueba	71	70.3%	30	29.7%
7. Importancia de la explicación de los resultados	78	77.2%	23	22.8%
8.Disponibilidad para la lectura de los resultados	71	70.3%	30	29.7%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017.

La **tabla 2**, muestra los resultados según reactivos explorados al 100%, observándose el problema más frecuente que enfrentan las mujeres en edad fértil del Chilca es el rechazo a los materiales que se utiliza en los servicios de salud, específicamente “el espéculo”; que se utiliza para realizar esta prueba; lo consideran un obstáculo en el cumplimiento de la toma del PAP ; por la incomodidad y en algunos casos la técnica de aplicación del instrumento les produce dolor, un 27.7% opina de manera desfavorable cuando se refiere que el examen debe hacerse solo si un personal de salud lo solicita. Sin embargo, un 83.2% de mujeres considera que esta prueba es importante realizarse periódicamente para poder detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino y además considera que es necesario realizarse el PAP todos los años y un 77.2% creen que es necesario que el médico explique los resultados del PAP.

Figura 3



Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017

Figura 3. Gráfico circular de la práctica global frente a la toma del Papanicolaou en Mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017

La Figura 3, muestra que el 99% de mujeres en estudio no asume una práctica positiva frente a la prueba de PAP, frente a sólo un 1% que cumple con el autocuidado de su salud.

Tabla 3**Práctica frente a la toma del Papanicolaou según reactivos explorados, en Mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca -2017**

Prácticas	Si		No	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1.Práctica la prueba del Papanicolaou	77	76.2%	24	23.8%
2. Se practicó la prueba en el año en estudio	23	22.8%	78	72.2%
3. Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	41	40.6%	60	59.4%
4. Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	15	14.9%	86	85.1%
5. Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	63	62.4%	38	37.6%
6. Solicita información sobre el resultados de la prueba	56	55.4%	45	44.6%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017.

La **tabla 3**, presenta a un 23.8% de las mujeres refieren que no se practicaron la prueba en el año de estudio, un porcentaje alto (86%) refiere que no practica la prueba del PAP por iniciativa propia si no que lo hacen por sugerencia de otra persona y así mismo respondieron que se realizan el PAP ocasionalmente y no anualmente como está establecido, a esto se suma un 37.6% de mujeres que no reclaman los resultados de la prueba del PAP, acompañado de un 44.6% las cuales no solicitan información sobre los resultados de la prueba, algunas razones para no recoger resultados están relacionadas con el miedo al resultado y falta de tiempo para escuchar a explicación de la prueba. Sin embargo un 76.2% manifiestan que si se han realizado el Papanicolaou en su vida.

Tabla 4**Características sociodemográficas de las Mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017**

GRUPO DE EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
15 a 19 años	13	12.9	12.9	12.9
20 a 24 años	15	14.9	14.9	27.7
25 a 29 años	16	15.8	15.8	43.6
30 a más	57	56.4	56.4	100.0
Total	101	100.0	100.0	
ESTADOCIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Soltera	29	28.7	28.7	28.7
Casada	23	22.8	22.8	51.5
Conviviente	36	35.6	35.6	87.1
Viuda	7	6.9	6.9	94.1
Divorciada	6	5.9	5.9	100.0
Total	101	100.0	100.0	
GRADO DE INSTRUCCIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
No estudié	6	5.9	5.9	5.9
Primaria	16	15.8	15.8	21.8
Secundaria	40	39.6	39.6	61.4
Técnica	24	23.8	23.8	85.1
Superior	15	14.9	14.9	100.0
Total	101	100.0	100.0	
OCUPACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Ama de casa	39	38.6	38.6	38.6
Empleada - obrera	9	8.9	8.9	47.5
Empleada - profesional	14	13.9	13.9	61.4
Trabajador independiente	19	18.8	18.8	80.2
Agricultora	3	3.0	3.0	83.2
Estudiante	17	16.8	16.8	100.0
Total	101	100.0	100.0	
RELIGION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Católica	72	71.3	71.3	71.3
Protestante (Evangélica)	18	17.8	17.8	89.1
Otra	4	4.0	4.0	93.1
Ninguna	7	6.9	6.9	100.0
Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017

La **Tabla 4**, presenta las características sociodemográficas, observando el 56.4% son mujeres mayores de 30 años, el 35.6% tiene estado civil de convivientes, 22.8% son casadas y un 28.7% son solteras. Así mismo se evidencia que el 39.6 % estudiaron secundaria. Con respecto a la ocupación, el 38.6 % son ama de casa, 16.8% son estudiantes; la religión que profesa la mayoría es católica con un 71.3 %, seguido de la evangélica con un 17.8 %.

TABLA 5

Características sexuales y reproductivos de las mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, 2017

TUVO RELACIONES SEXUALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	10	9.9	9.9	9.9
	Si	91	90.1	90.1	100.0
	Total	101	100.0	100.0	
EDAD INICIO ACTIVIDAD SEXUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No inicia actividad sexual	8	7.9	8.0	8.0
	15 a 19 años	62	61.4	62.0	70.0
	20 a 24 años	25	24.8	25.0	95.0
	25 a 29 años	3	3.0	3.0	98.0
	> 29 años	2	2.0	2.0	100.0
	Total	100	99.0	100.0	
Perdidos	Sistema	1	1.0		
Total		101	100.0		
NÚMERO DE PARTOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	29	28.7	28.7	28.7
	Primípara	15	14.9	14.9	43.6
	Múltipara	38	37.6	37.6	81.2
	Gran múltipara	19	18.8	18.8	100.0
	Total	101	100.0	100.0	
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Frecuentemente	10	9.9	9.9	9.9
	Ocasionalmente	53	52.5	52.5	62.4
	Por ahora no tengo	28	27.7	27.7	90.1
	No ha tenido relaciones sexuales	10	9.9	9.9	100.0
	Total	101	100.0	100.0	
NUMERO DE ABORTOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	85	84.2	84.2	84.2
	Uno	9	8.9	8.9	93.1
	Dos	6	5.9	5.9	99.0
	Más de 2	1	1.0	1.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

Continúa Tabla 5...

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	8	7.9	7.9	7.9
	1 a 2	81	80.2	80.2	88.1
	3 a 4	10	9.9	9.9	98.0
	5 a más	2	2.0	2.0	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Píldora combinada	6	5.9	5.9	5.9
	Inyectable combinado	3	3.0	3.0	8.9
	Inyectable de progestágeno	19	18.8	18.8	27.7
	DIU (T de Cu)	15	14.9	14.9	42.6
	Preservativo	11	10.9	10.9	53.5
	Ritmo/regla	11	10.9	10.9	64.4
	Ninguno	36	35.6	35.6	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

TUVO ALGUNA INFECCION/ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	64	63.4	63.4	63.4
	Si	37	36.6	36.6	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

RECIBIO TRATAMIENTO POR DICHA INFECCION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	65	64.4	64.4	64.4
	Si	36	35.6	35.6	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años del Distrito de Chilca, Agosto-Diciembre 2017

La **tabla 5**, presenta la mayoría de las mujeres encuestadas iniciaron su actividad sexual entre los 15 a 19 años con un 61.4% y un 24.8% lo iniciaron a los 20-24 años. Del mismo modo la frecuencia de las relaciones sexuales lo realizan ocasionalmente en un 52.5% y frecuentemente en un 9.9 %. Además se evidencia un porcentaje importante donde refiere que el 80.2% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales. Las variables

relacionadas a la salud reproductiva indican que el 37.6% son multíparas y el 14.9% son primíparas. Mientras que el 21.2% sufrió de 1-2 abortos y un 84.2% no sufrió ningún aborto. Con respecto a los métodos anticonceptivos se evidencio que el 35.6% de las mujeres en estudio no utilizan ningún método anticonceptivo, un 18.8% que si utiliza el inyectable de progestágenos como método anticonceptivo seguido del DIU en un 14.9%. El 36.6% de las mujeres sufrieron ITS durante su vida y sólo el 35.6% recibió tratamiento

4.2. Análisis de resultados.

Los diferentes teóricos coinciden en que el conocimiento es toda información que el individuo posee en su mente y este se origina y reside en las personas, que lo captan como resultado de la experiencia vivida y lo incorporan a su acervo personal ⁽¹⁵⁾

Sin embargo en el plano empírico explorado en la comunidad de Chilca no es evidente que la mujer conozca sobre la toma del Papanicolaou, el estudio reporta que el 64% de las encuestadas, no tienen un conocimiento global, no respondieron a los reactivos explorados. Y solo el 36% mostró conocimiento de la prueba. (Figura 1).

Al analizar los resultados según reactivos, se encontró que el reactivo menos conocidos que estaría generando este desconocimiento global son los requisitos que debe saber toda mujer para poder realizarse la prueba, es decir que no respondieron (84.2%) que el Papanicolaou se puede suspender cuando la mujer ha utilizado alguna crema vaginal u óvulos vaginales, cuando ha tenido relaciones sexuales hasta 48 horas antes de la toma de la prueba y si esta menstruando, además el 63.4% no saben que la toma de la muestra se realiza del cérvix uterino. Cabe resaltar que la mayoría (82.2%) conoce la importancia de prevenir el cáncer de cuello uterino. Resultados similares se encontraron en el estudio de Villacrés A y Guano Q. en el 2012, Quito ⁽⁴⁾, quienes encontraron que el 85% de las mujeres encuestadas no tenían una idea clara de lo que es el Papanicolaou debido a la inadecuada orientación sobre su utilidad, también Suazo R, en el 2016, Nicaragua ⁽⁸⁾ nos muestra que el 50% de su población estudiada no tenía un conocimiento adecuado sobre la toma de PAP. Así mismo a nivel local Macha E. en el 2016, Huancayo ⁽¹¹⁾, en su estudio obtuvo como resultado que el 57.4% no tiene conocimiento global sobre la prueba de Papanicolaou

y un 31.5 % desconocen la importancia de la misma. Cabe la posibilidad que el conocimiento de las mujeres en edad fértil se vea afectada por la débil o inadecuada metodología utilizada en la trasmisión del conocimiento, que hasta la actualidad por más estrategias de difusión durante los últimos diez años realizada por el ministerio de salud, no se ha logrado cambios importantes en el nivel de conocimiento sobre la toma del Papanicolaou.

Respecto a la actitud, esta se define como una predisposición aprendida no innata y es estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana, según la teoría de Fishbein y Ajzen, es la forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente ⁽²¹⁾. Teoría que respalda los resultados encontrados donde la mayoría (93%) de las mujeres en estudio, pese a tener un alto porcentaje de desconocimiento, tienen buena predisposición frente a la toma del Papanicolaou (figura 2). Sin embargo al analizar la actitud según sus reactivos (Tabla 2), evidenciamos que pese a los resultados globales favorables, el 74.3% considera que el material que se usa para realizar la prueba es un obstáculo generando una actitud negativa o desfavorable, refieren que es incómodo, muchas veces creándoles dolor y temor, información importante y a la vez preocupante dado que están dirigiéndose a un procedimiento relacionado con las funciones y desempeño del profesional que realiza la toma de la muestra y que en la mayoría de los casos se trata de un médico u obstetra.

Se resalta que el 82.2% de las mujeres encuestadas, muestran disponibilidad para realizarse la prueba y creen que es necesario realizarse la prueba anualmente, reconocen la importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo. Además el 70.3% solicitaría los resultados de su prueba y el 77.2% apoyan la importancia que emana la explicación de los resultados, por parte de los profesionales de la salud y el 70.3 % muestra disponibilidad y tiempo para la lectura de los resultados.

Resultados semejantes a nivel internacional se evidencia en el estudio de Suazo Ramiro, en el 2016 , Nicaragua ⁽⁸⁾; que reportó en general una actitud favorable, también Macha Aydee ⁽⁹⁾ en el 2015, Huancayo, quien encontró en su población estudiada al 90.5% con actitud favorable hacia la toma de la prueba de Papanicolaou. Sin embargo discrepa con Delgado J ⁽¹⁰⁾. En el 2015, Chiclayo, donde más de la mitad (60.5%) presentaron actitud desfavorable.

Analizando los estudios frente a la variable actitud, se evidencia que hay un alto porcentaje de actitud favorable, a pesar que la mayoría tiene desconocimiento de la prueba del PAP, esto nos hace pensar que aunque el grado de conocimiento va de la mano con la actitud positiva ; en nuestro estudio se invierten los papeles y se justifica con la teoría de la consistencia cognitiva, que consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí ⁽³⁴⁾.

En cuanto a la práctica para la naturaleza del estudio nos basamos en la definición de la Real Academia de la Lengua Española, hace referencia al uso continuado de

costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. A partir de ello, Figueroa plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida ⁽²⁵⁾. Situación que en el plano empírico no se cumple porque siempre existen actitudes u opiniones que se contradicen. Esto ocurre cuando hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica. Como se muestra en la figura 3, donde casi el total (99%) de las mujeres no asume una práctica positiva pese a tener actitudes favorables, resultados similares presento en su estudio Tenorio, I ⁽¹⁴⁾, en la ciudad de Managua reporto que la mayoría de las mujeres tienen practicas negativas, los motivos fueron; vergüenza al personal masculino temor y dolor a la prueba; a nivel local con el estudio de Dianderas D, Acosta M, en el 2016, Huancayo¹²; donde concluyeron que más de la mitad de las mujeres muestran actitudes favorables, pero no se reflejan en las prácticas. También Mozombite K, en el 2016, Pucallpa; nos muestra en su estudio que el 55% de su población no tuvieron prácticas adecuadas

Estas similitudes estarían relacionadas con el grupo etareo dado que ambos estudios, tienen como unidad de análisis mujeres de 15 a 49 años, con características sociodemográficas, sexuales y reproductivas similares.

Al profundizar el estudio podemos encontrar que los reactivos que llevan a una práctica negativa se relacionan con el 72.2% de mujeres que no se practicaron la prueba en el año en estudio el 59.4% no considera que la prueba a debe hacerse anualmente, y el 85.1% se realizó por sugerencia de terceros dejando de lado la iniciativa propia. Sin embargo 76.2% se practicó la prueba del Papanicolaou en algún momento y solo el 55.4% solicita información sobre los resultados y a la vez reclama el mismo.

Analizando los hallazgos se encontró que las mujeres en estudio no practican la prueba por desconocimiento, vergüenza al personal, por temor a los instrumentos que se emplea para obtener la muestra, refieren, que han tenido experiencias dolorosas e incómodas y el miedo a los resultados. Partiendo de estos resultados es necesario reformular las estrategias de promoción con el fin de permitir una mejor comprensión sobre el examen, ventajas, beneficios para la salud de la mujer. Así mismo, fortalecer estos programas a nivel institucional, favoreciendo un ambiente íntimo y seguro para la usuaria, que permita mejorar la práctica de la prueba, e incrementando a adoptar conductas y hábitos positivos y a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

V. CONCLUSIONES

- J Las mujeres en edad fértil del distrito de Chilca, en su mayoría no tuvieron un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou. Los reactivos menos conocidos fueron, los requisitos para la toma de Papanicolaou, el lugar de la toma de muestra así mismo la importancia de la misma.
- J La mayoría de las mujeres mostraron una actitud global favorable frente a la prueba del PAP, pese a tener un alto porcentaje de mujeres con desconocimiento, muestran una buena predisposición en cuanto la mejora de su salud. En su mayoría mostraron disponibilidad para realizarse la prueba, consideraron realizarse anualmente, reconocieron la importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo y solicitarían los resultados de la prueba siempre.
- J En relaciona a la práctica global, la mayoría de las mujeres en estudio tuvieron prácticas negativas, la causa fue por desconocimiento, vergüenza al personal masculino, por temor a los instrumentos que se emplea para obtener la muestra, refirieron que han tenido experiencias dolorosas e incómodas. La mayoría de las mujeres no se realizaron la prueba en el año en estudio, no consideraron que la prueba debe hacerse anualmente y no reclaman los resultados.
- J La mayoría de las mujeres en estudio tienen de 30 años a más y conviven con su pareja ,en menor porcentaje están casadas. Además el grado de instrucción prevalente fue Secundaria y se dedican a las actividades del hogar, la mayoría profesan la religión católica.

VI. Bibliografía

1. OMS. Papilomavirus Humano y cáncer cervicouterino.[Actualizado Marzo 2015, citado 24 de agosto 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
2. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Lima: Dirección General de Epidemiología, 2013.
3. Barrrios G. Lia, Benedetti P. Inés, Alvis E. Luis, Arroyo S. Bárbara. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cervico-uterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. Revistas Ciencias Biomédicas.[Revista on-line].2012 Setiembre. [Citado 24 de Agosto 2017]; Vol 2(2), Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1025/935>
4. Villacrés F. Ana F. Guano Q. Patricia.” *Nivel de conocimiento acerca del Papanicolaou en pacientes que acuden a realizarse este examen a la consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Asdrúbal de la Torre del Catón Cotacachi, Provincia de Imbabura, en el año 2016*” [Tesis para optar al título de obstetra], Universidad Central del Ecuador;(2012).
5. López C. Christian A., Calderón Manuel A., Gonzáles María M. “*Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, en el año 2013*”. Universidad del Quindío, Armenia, Quindío, Colombia;(2013).
6. Olivera H. María T. “*Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias de consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Aleman Nicaraguense, en el año 2015*”. [Tesis para optar el título de Médico y Cirujano General]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; (2016).
7. Ramírez R. Edizabett.” *Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNDP en el año 2014*” [Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública]. Universidad Nacional de la Plata; Argentina (2014). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/45145>.
8. Suazo S. Ramiro J.” *Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre citología cervical en las mujeres que acuden al centro de salud Gregoria González de san Dionisio, en el año 2015*”. [Tesis para optar el título de Médico y Cirujano General]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; (2016).
9. Macha J. Aydee Z. “*Conocimientos, actitudes y prácticas del papanicolaou en mujeres del barrio Cerrito de La Libertad en el año 2015*” [Tesis Pregrado], ULADECH, Chimbote, (2015).
10. Delgado Julio M. “*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 para optar título profesional de Médico Cirujano] Universidad San Martín de Porres, Chiclayo, Perú; (2016).
11. Macha R. Edith.” *Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de Chupaca, en el año 2016*.” [Tesis para optar el título de Obstetra] ULADECH. Huancayo, Perú; (2016).

12. Dianderas G. Dennys, Acosta M. Maruja. “*Conocimientos Actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en Mujeres de anexo Shanquireni – Unión Puerto Asháninka – Pango, en el año 2016*”. [Tesis para optar título profesional de Obstetra]. Universidad Peruana del Centro, Huancayo Perú; (2016)
13. Oliva H. Claudia C.” *Nivel de Conocimiento, Actitud y Practica en la realización del examen de Papanicolaou en mujeres mayores de 15 años que asistieron al consultorio externo del Hospital San José en el año 2016*”. [Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú; (2016)
14. Mozombite D. K. “*Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Mujeres en edad fértil sobre la detección del cáncer de cuello uterino en el Hospital Amazónico en el año 2016*”. [Tesis para optar título de Obstetra]. Universidad Alas Peruanas, Pucallpa;Perú (2016)
15. Johnson D. Johnson R. Holubec E. “*La interdependencia Positiva en el aprendizaje cooperativo del aula*”. [serie en internet]. Buenos Aires: c 2006. Disponible en: <http://www.slideshare.net/guestd6f218/johnson-cap-7-la-interdependencia-positiva>
16. Díaz J, Andrés T. “*Educación intercultural y aprendizaje cooperativo en contextos heterogéneos*”. [Tesis Doctoral]. Madrid: Convocatoria de ayudas a la investigación Educativa ;1994.
17. Fernando J. Lage & Cataldi Z. “*Modelo cooperativo –colaborativo para capacitación de recursos humanos a través de intranet/ extranet*”. [serie en internet]. Buenos Aires: Laboratorio de Informática Educativa — I+D: Departamento de Computación; c2013 [Actualizado el 30 de abril, citado el 30 de abril 2013]. Disponible en : <http://gte2.uib.es/edutec/sites/default/files/congresos/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>
18. Pliego N. *El aprendizaje cooperativo y sus ventajas en la educación intercultural. Rev Educ Dig.* *[serie en internet] 2011 abril ** [citado 10 de octubre 2016]; 4(8): 63-76. Disponible en: [Downloads/DialnetElAprendizajeCooperativoYSusVentajasEnLaEducacionI3746890%20\(2\).pdf](Downloads/DialnetElAprendizajeCooperativoYSusVentajasEnLaEducacionI3746890%20(2).pdf)
19. Fernando J. Lage & Cataldi Z. *Modelo cooperativo –colaborativo para capacitación de recursos humanos a través de intranet/ extranet.* [serie en internet]. [citado el 30 de abril 2013]. Disponible en : <http://www.uib.es/depart/gte/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>
20. *Principios de intervención educativa.* [serie en internet]. [citado el 30 de abril 2013]. Disponible en : http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43573/es/contenidos/informacion/dia6/es_2027/adjuntos/Marco%20Curricular%20PDF/marco_c/pdfs_c/marc_c11.pdf
21. Fishbein M, Ajzen I. 1975. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Reading, MA: Addison-Wesley
22. Tejeda D, Serrano V, Gómez P, Nieto F. *Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH).* Oncología (Barc.) vol. 30, 2007. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037848352007000200002&lngs&nrm=iso. ISSN 0378-4835
23. Resumen sobre cáncer de cuello uterino .American Cancer Society.2009 .4-7.Disponible en: www.cancer.org

24. Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. *El modelo de creencias de salud*. *Revista de Salud Pública* 1997; 71: 335-311.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. 5ed. México D.F. McGraw-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2010.
26. Manual de Normas Técnicas Administrativas. *Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino*. Op.cit., p.15
27. Era Tabú-RPP [página en internet] Grupo RPP S.A.C; 2014 Setiembre [citado 19 abril 2015] Disponible en : http://www.rpp.com.pe/2014-09-18-cancer-de-mama-y-cancer-de-cuello-uterino-noticia_726789.html
28. Instituto Nacional de Cáncer de los EEUU. Diccionario [página en internet] [citado 19 abril 2015] Disponible en : <http://www.cancer.gov/espanol>
29. Organización Panamericana de la Salud. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino*. 2sec. Washington: Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud;1990. P. 3-12.
30. Papilomavirus humano y cáncer cervicouterino. Nota de prensa Organización mundial de la salud, 2015 marzo; ** Nota Descriptiva N° 380.
31. Prevención del cáncer de cuello uterino, recomendaciones para la detección precoz. Información para profesionales. 2009: 15
32. Guía Programática Abreviada para el Tamizaje de Cáncer Cérvico Uterino. Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino. 2014: 7-9
33. Moyer AV, LeFevre ML, Siu AL, Bibbins K, Curry SJ, Flores G, et al. *Detección de cáncer de cuello uterino: Declaración de recomendación del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos*, *Ann Intern Med*. 2013 Jun 4; 158 (11): 852.
34. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Norma técnica–Oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones pre malignas del cuello uterino a nivel nacional 2008: 19-20
35. Ministerio de Salud. Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino.2000:19-22
36. Valera S. Citología Cervical. *Rev Med Hondur*.2005;73: 131-136
37. Estrada H. Ginecología y Obstetricia. Citología de cuello uterino o Papanicolaou. [página en internet] [citado 19 abril 2015] Disponible en : <http://www.saludalia.com/ginecologia-obstetricia/citologia-cuello-uterino-papanicolaou>
38. Aguilar-P J, Leyva A, Angulo D, Salinas A, Ponce E. *Tamizaje de Cáncer Cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología a cervical en México*. *Rev Saude Pública*. 2003; 37(1).100-6.
39. Internacional federación Ginecología–obstetricia. *Guía global para la prevención y control del cáncer cervico uterino*. Octubre 2009.57-58.
40. Programa nacional de salud reproductiva componente cervico uterino. *Manual para tamizaje del cáncer cervico uterino*. [citado 19 abril 2015] Disponible en : <http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/componentecancer/MANUAL%20PARA%20TAMIZAJE%20DEL%20CANCER%20CERVICO%20UTERINO.pdf>

Anexos.

ENCUESTA

**ENCUESTA ANÓNIMA PARA EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL PAP EN MUJERES DE 15 A 49
AÑOS**

REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	CASERIO

DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)

MZ	LOTE	NÚMERO	INTERIOR	PISO	URBANIZACIÓN/SECTOR

VISITA DEL ENCUESTADOR

FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO

La Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote viene realizando el estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil”, motivo por el cual solicitamos tu colaboración, para que ayudes respondiendo las preguntas del cuestionario, la información es estrictamente confidencial. Muchas gracias por tu colaboración

**CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS**

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

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

**CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y
REPRODUCTIVAS**

Ahora te haré algunas preguntas relacionadas con su sexualidad por favor responde la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

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

CONOCIMIENTO

Ahora te presentamos una serie de interrogantes sobre la prueba del Papanicolaou. Por favor responde según tu propia apreciación.

<p>15) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou es un:</p> <ol style="list-style-type: none"> Examen de sangre Examen del cuello del útero Examen radiológico Examen medico No se
<p>16) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou se toma en:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuello del útero Vagina Ovarios No se
<p>17) La citología vaginal o prueba del Papanicolaou sirve para:</p> <ol style="list-style-type: none"> Saber si hay una infección vaginal Detectar el cáncer de cuello uterino o cérvix Para saber si se tiene una infección urinaria No se
<p>18) Realizarse citología vaginal o prueba del Papanicolaou es importante porque:</p> <ol style="list-style-type: none"> Saber si hay una infección vaginal Sirve para curar las inflamaciones Diagnostica infecciones de transmisión sexual No se Sirve para prevenir el cáncer del cuello uterino.
<p>19) En qué casos se puede dejar para después la citología vaginal o prueba del Papanicolaou; cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> La mujer esta menstruando Se ha tenido relaciones sexuales el día anterior Se aplicó cremas u óvulos vaginales No sé. Todas las anteriores.
<p>20) ¿Cuál es la frecuencia con se debe realizar la citología vaginal o prueba del Papanicolaou</p> <ol style="list-style-type: none"> Cada seis meses Cada año Entre dos y tres años No se

ACTITUDES

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

- Parcialmente de acuerdo (PD)
- Indiferente (I)
- Parcialmente en desacuerdo (PD)
- En desacuerdo (D)

Acerca de la prueba de Papanicolaou	A	PA	I	PD	D
21) Demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.					
22) Es un examen que debe hacerse solo si el medico lo Solicita					
23) El material que se usa no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou.					
24) Considero necesario hacerme la prueba del Papanicolaou todos los años					
25) Es muy importante realizarme periódicamente la prueba para detectar el cáncer a tiempo.					
26) Siempre solicito los resultados de la prueba del Papanicolaou.					
27) Es necesario que el médico me explique los resultados.					
28) Demuestro disponibilidad para la lectura de los resultados por la/el obstetra					

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.

PRACTICAS

29) Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou. 1. Si 2. No
30) Cuando fue la última vez que se la practicó: 1. En este año 2. Hace más de un año 3. Hace más de tres años 4. Nunca
31) Con qué frecuencia se la ha practicado: 1. Anual 2. Cada seis meses 3. Cada tres años 4. Ocasionalmente 5. Nunca
32) Por qué se la practicó la prueba del Papanicolaou: 1. Por indicación del médico/obstetra 2. Por iniciativa propia 3. Por sugerencia de un tercero 4. No se
33) Reclamó los resultados: 1. Si 2. No
34) Solicitó explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud 1. Si 2. No

!!! Muchas gracias!!!!

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, en pleno uso de mis derechos, con el debido respeto,

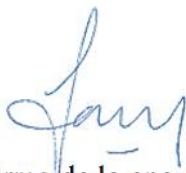
EXPONGO:

Que he sido correctamente **INFORMADA** por los responsables de realizar la presente investigación científica, y queda entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al trabajo de investigación en mención.

Que he recibido esclarecimientos, verbal y escrita, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y tuvimos ocasión de esclarecer las dudas surgidas.

MANIFIESO:

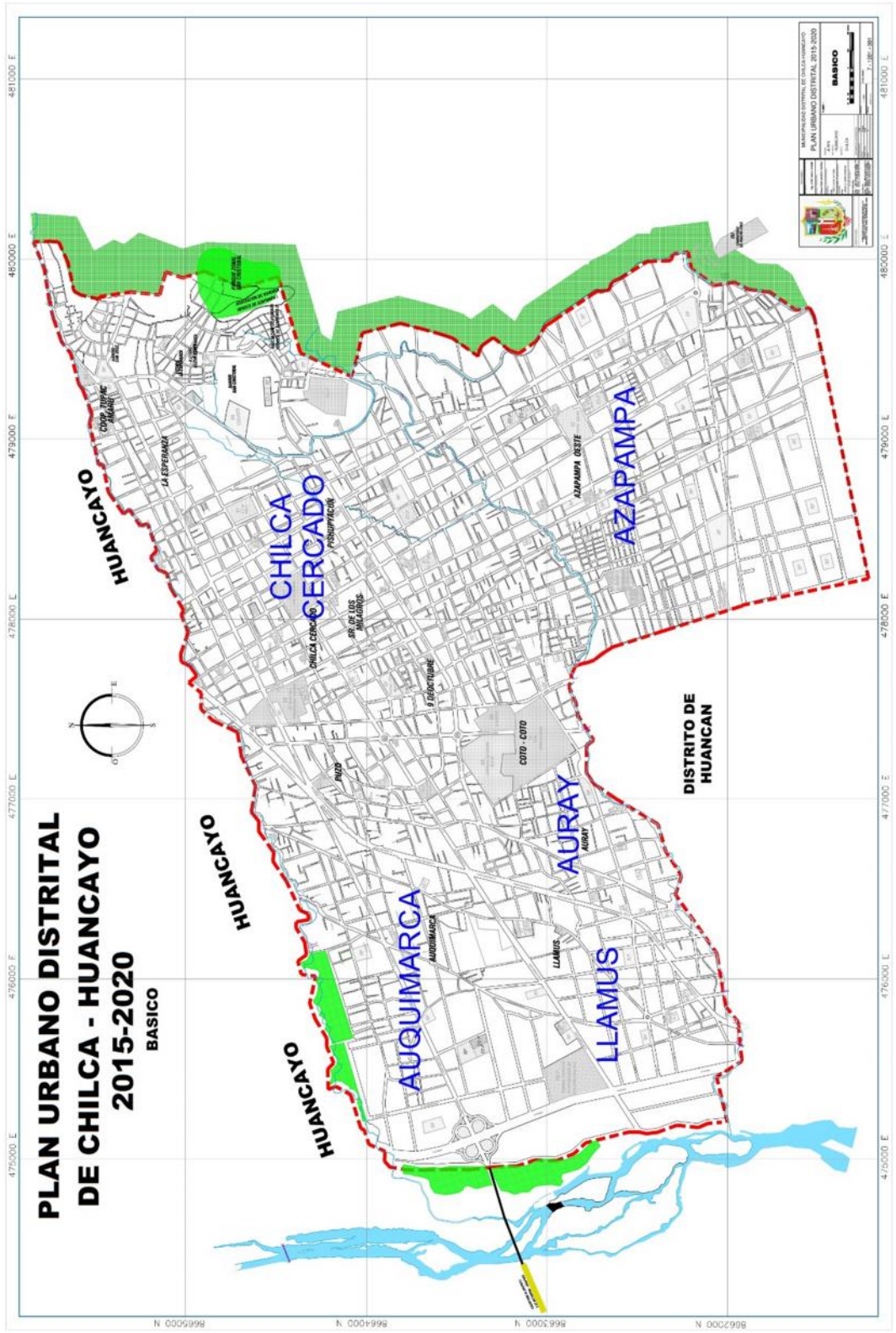
Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para participar de la encuesta. Y, para que así conste, firmo el presente documento.



Firma de la encuestada

DNI: 20419115

Fecha: 12-11-17



El Mapa de la Zona. Distrito de Chilca.