

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y SU ASOCIACIÓN
CON LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CAP III METROPOLITANO
ESSALUD, TACNA - 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Rosa Patricia Calderón Barja

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y SU ASOCIACIÓN
CON LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CAP III METROPOLITANO
ESSALUD. TACNA – 2016**

BACH. ROSA PATRICIA CALDERÓN BARJA

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

UNANIMIDAD

Aprobado por SOBRESALIENTE, ante el siguiente Jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez

Presidenta



Lic. Silvia Mamani Ramos

Secretaria



Mgr. Celia Vivanco Chinchay

Miembro



Mgr. Bernardino Damián López

Asesor Interno



Lic. Geovanna Rodríguez Chula

Asesora Externa

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las mujeres entrevistadas, por dedicar su tiempo, espacio y proporcionar la información requerida en esta investigación.

A la dirección del Centro Asistencial Primario III Metropolitano, por apoyar amablemente la ejecución del proyecto en la jurisdicción de su establecimiento de salud.

A la Lic. Geovanna Rodríguez Chula, por su guía y apoyo constante, en el desarrollo y elaboración de este trabajo de investigación.

DEDICATORIA

A mi familia, por estar presente en cada momento y circunstancia de mi vida brindándome impulso, fuerza y apoyo. Sus enseñanzas y buenas costumbres han creado en mí la dedicación al estudio, haciendo que hoy tenga el conocimiento de lo que soy. Son parte de mi formación.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Justificación e importancia	5
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Hipótesis	8
1.5.1. Hipótesis general	8
1.5.2. Hipótesis específicas	8

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases teóricas	18
2.2.1. Conocimiento	18
2.2.2. Actitud	21
2.2.3. Prácticas	24
2.2.4. Cáncer de cuello uterino	26
2.2.5. El examen de Papanicolaou	33
2.2.6. Detección de cáncer de cuello uterino en EsSalud	42
2.3. Definición de términos	48

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	51
3.2. Diseño de la investigación	51
3.3. Población y muestra	52
3.3.1. Población	52
3.3.1. Muestra	52
3.4. Operacionalización de variables y variables de estudio.....	53
3.4.1. Operacionalización de variables	54

3.4.2. Variables de estudio.....	56
3.5. Métodos, técnica e instrumentos de recolección de datos.....	57
3.5.1. Métodos	57
3.5.2. Técnica de recolección de datos.....	58
3.5.3. Instrumento de recolección de datos	58
3.6. Procesamiento y análisis	59

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN	97
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	NOMBRE	PÁGINA
Tabla N°1:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según edades.	63
Tabla N°2:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según estado civil.	65
Tabla N°3:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según nivel de escolaridad.	67
Tabla N°4:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según su ocupación.	69
Tabla N°5:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según número de hijos	71
Tabla N°6:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según menarquia.	73
Tabla N°7:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según edad de inicio de relaciones sexuales.	75
Tabla N°8:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según el método anticonceptivo en uso.	77
Tabla N°9:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según de conocimiento sobre el examen de Papanicolaou.	79

Tabla N°10: Nivel de conocimientos sobre el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	82
Tabla N°11: Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según respuestas de actitud sobre el examen de Papanicolaou.	84
Tabla N°12: Nivel de actitud hacia el examen de Papanicolaou de las Mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano.	87
Tabla N°13: Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según prácticas del examen de Papanicolaou.	89
Tabla N°14: Nivel de prácticas del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	92
Tabla N°15: Relación entre nivel de conocimientos con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	94
Tabla N°16: Relación entre la actitud y la práctica de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	95
Tabla N°17: Relación entre el nivel de conocimientos y actitud vs. la práctica de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	NOMBRE	PÁGINA
Gráfico N°1:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según edades.	64
Gráfico N°2:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según estado civil.	66
Gráfico N°3:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según nivel de escolaridad.	68
Gráfico N°4:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según su ocupación.	70
Gráfico N°5:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según número de hijos.	72
Gráfico N°6:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según menarquia.	74
Gráfico N°7:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según edad de inicio de relaciones sexuales.	76
Gráfico N°8:	Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según el método anticonceptivo en uso.	78
Gráfico N°9:	Distribución de las mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano según conocimiento sobre el examen de Papanicolaou.	81

Gráfico N°10: Nivel de conocimientos sobre el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	83
Gráfico N°11: Distribución de las mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano, según actitud sobre el examen de Papanicolaou.	86
Gráfico N°12: Nivel de actitud hacia el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	88
Gráfico N°13: Distribución de las mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano según prácticas del examen de Papanicolaou.	91
Gráfico N°14: Nivel de prácticas del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.	93

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y actitud asociados con la práctica del examen de Papanicolaou.

Material y métodos: Se realizó una investigación no experimental, transversal y correlacional. La muestra de estudio estuvo conformada por 365 mujeres consultantes aseguradas de 18 a 64 años de edad, que acudieron al servicio de obstetricia del Centro Asistencial Primario III Metropolitano. Se aplicó un cuestionario y se estimó el grado de asociación entre las variables con la prueba de hipótesis de chi cuadrado, con la práctica como variable dependiente.

Resultados: La mayoría de las mujeres tienen entre 30 a 44 años (48,5%), tienen un nivel de conocimientos bueno (77,5%), actitud favorable (86,6%) y presentan prácticas adecuadas (84,4%). Se tiene evidencia a favor de una asociación entre el nivel de conocimientos y actitud con la práctica ($p < 0,05$).

Conclusiones: El nivel de conocimientos y actitud se asocia significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Palabras clave: Nivel de conocimientos, actitud, práctica, examen de Papanicolaou.

ABSTRACT

Objective: Determine the level of knowledge and attitude associated with the practice of the Pap smear.

Material and methods: The research was non-experimental, transverse and correlational. The study sample consisted of 365 assured consultant women aged between 18 and 64, who attended the obstetrics service of the “Centro Asistencial Primario III Metropolitano”. A questionnaire was applied and the degree of association between the variables with the test of chi-square hypothesis was estimated, with practice as a dependent variable.

Results: The majority of women are between 30 and 44 years old (48.5%), have a good knowledge level (77.5%), a favorable attitude (86.6%) and present adequate practices (84.4%). There is evidence in favor of an association between the level of knowledge and attitude with practice ($p < 0.05$).

Conclusions: The level of knowledge and attitude is significantly associated with the practice of the Pap smear of women attending the “CAP III Metropolitano”.

Key words: Level of knowledge, attitude, practice, Papanicolaou smear.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las neoplasias más comunes en todo el mundo y una amenaza grave para la vida de la mujer, se considera con mayor potencial de curación en la etapa de prevención secundaria, siempre y cuando se tenga establecidos programas de tamizaje, tratamiento y seguimiento a las mujeres captadas oportunamente. También se ha podido establecer que dichas intervenciones hará que se disminuya la muerte de manera rápida, y costo efectivo en los países en vías de desarrollo. (1)

Su incidencia ocupa el primer lugar entre los cánceres en las mujeres de Perú y la mortalidad ocupa el tercer lugar. (2) Sin embargo, otros países han logrado disminuir la mortalidad de esta enfermedad con la implementación de programas para su prevención; el cual ha demostrado su eficacia. (3)

Por lo que organismos nacionales e internacionales como el MINSA, la OMS, OPS, entre otros; impulsan políticas universales que orientan a los prestadores de servicios de salud a implementar medidas en este sentido. El tamizaje de las lesiones precancerosas del cuello uterino constituye una parte importante del cuidado de la mujer. Es una forma de detectar cánceres cervicales en etapa temprana que se pueden

tratar con mucho éxito, el examen del Papanicolaou es un método de tamizaje recomendado y un avance importante para la prevención y control del cáncer cervicouterino.

Toda mujer debe ser sometida a un examen continuo, permanente y periódico a partir de la primera relación sexual, el que debe ser sugerido utilizando medios de comunicación modernos. Se requiere de un soporte educativo en el que la población debe ser informada y motivada para acudir a este tipo de examen.

La presente investigación se ha desarrollado con datos obtenidos de aquellas mujeres que acuden al programa de detección de cáncer de cuello uterino del servicio de Obstetricia, esto permitirá conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres atendidas en el CAP III Metropolitano y determinar la influencia del programa en la población objetivo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. La incidencia del cáncer, según la OMS, es menor en América Latina (163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000), a pesar de esto la mortalidad es mayor. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados. Esto se debe principalmente a la detección de cáncer en etapas más avanzadas, lo cual se relaciona con menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento. (4)

En el Perú, en el periodo 2000-2011 las estadísticas del INEN señalaron 109914 casos de cáncer, de los cuales el 61,8% correspondieron al sexo femenino y el 38,2% al sexo masculino. El cáncer de cérvix representa el más frecuente del total de casos notificados (14.9%). Del total de casos de cáncer en la población femenina, el cáncer de cérvix representa el

(24,1%) en tal periodo. La tasa de mortalidad por cáncer de cérvix en el periodo 2000-2011, fluctúa entre 7.7 muertes por 100 000 habitantes (2000) hasta 4.8 por 100 000 habitantes (2001). (5)

En Tacna, según la Dirección Regional de Salud; se notificaron 675 casos de cáncer en el periodo 2006-2011, de los cuales 445 correspondieron al sexo femenino y 230 al sexo masculino. El total de casos de cáncer de cérvix en este periodo es de 148 (21.9% del total de casos de Tacna). (6) En el año 2014 se reportaron 4 muertes por cáncer de cuello uterino. (4)

El examen de Papanicolaou constituye una prueba eficaz para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino. Por lo que sugiere investigar como los conocimientos y actitud de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, se asocian con la práctica del examen de Papanicolaou.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera el nivel de conocimientos y actitud se asocian con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿De qué manera el nivel de conocimientos se asocia con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano?
- b) ¿De qué manera la actitud se asocia con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano?

1.3. Justificación e Importancia

El problema es de importancia porque actualmente en Tacna el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar en frecuencia entre todos los casos de cáncer registrados, según el INEN.(2)

La justificación del presente estudio, se centra en los objetivos del milenio y la salud materna en el país. El Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio incluye dos metas a lograr: reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes y

lograr el acceso universal a la salud reproductiva, en tal sentido, la incidencia de cáncer de cérvix refleja el estado de salud de las mujeres, cuya presencia acarrea defunciones y daños a la salud que podrían evitarse mediante la prevención y detección temprana.

(7)

Muchas mujeres de la jurisdicción del CAP III Metropolitano acuden al establecimiento de salud y por lo tanto se realizan la prueba del Papanicolaou con regularidad, cierta parte de la población no acude por los resultados, a pesar de haberse realizado la prueba, lo cual no permite dar tratamiento oportuno a todos los resultados patológicos.

Por otro lado; la investigación, será puesta a disposición de las autoridades locales, autoridades del sector salud que contribuirá a mejorar la información sobre el tema, consecuentemente permitirá elaborar diversas acciones de prevención y promoción; y adoptar las medidas necesarias para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres a realizarse el Papanicolaou en forma temprana, periódica y oportuna, a fin de detectar precozmente el cáncer cérvico uterino y mejorar la calidad de salud de las mujeres y sus familias. El presente trabajo tendrá un aporte en el conocimiento y servirá como base para otras investigaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos y actitud asociados a la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar el nivel de conocimientos asociado a la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.
- b) Determinar la actitud asociada a la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

El nivel de conocimientos y actitud se asocian significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

1.5.2. Hipótesis específicas

- a) El nivel de conocimientos se asocia significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.
- b) La actitud se asocia significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional:

Urrutia T., et. al. en el 2010 en Chile realizaron un estudio denominado: ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?, Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino – Auge del Servicio Metropolitano Sur Oriente. Los principales resultados fueron: la edad promedio de los profesionales fue de $39,2 \pm 10,3$ años. El tiempo promedio en el cargo es de $7,7 \pm 7,4$ años. Un 41% de los profesionales de la salud tienen la percepción que las mujeres tienen un conocimiento parcial sobre la importancia de realizarse el Papanicolaou, mientras que un 48,3% refiere que las mujeres no tienen conocimiento sobre las normas de control de Papanicolaou. Falta de conocimiento, miedo, dejación y la falta de tiempo por parte de las mujeres surgen como las principales razones que los profesionales atribuyen a que las mujeres no se realicen el Papanicolaou. Concluyendo que este estudio puede servir para diseñar y/o actualizar los contenidos educativos entregados a las mujeres con

el propósito de aumentar el conocimiento y el nivel de conciencia sobre la importancia de la toma de esta prueba. (8)

Figuroa N. en el 2011 realizó un estudio denominado Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvicouterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla, Colombia. Los principales resultados fueron: la edad promedio de las encuestadas fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); se concluye que más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al sistema general de seguridad social en salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene conocimiento adecuado de la citología, el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años; 63,3% de las mujeres se la practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años. (9)

Ramírez E. en el 2014 realizó el estudio denominado: Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata, en Argentina. Los principales resultados fueron: la edad promedio fue de 37,73 años, el 70,5% fue personal docente, el 25,5% tiene de cargo: empleada/administrativa. El 73,8% de mujeres docentes tienen conocimientos adecuados frente a un 83,1% de no docentes. Un 96% de docentes presento actitud inadecuada frente a un 86,4% de no docentes. El 56,4% de docentes presento prácticas inadecuadas frente a 66,1% de no docentes. Concluye que el conocimiento sobre el Papanicolaou, cáncer de cuello uterino y el acceso geográfico a los centros de salud son insuficientes para garantizar el cumplimiento regular de la toma del examen en mujeres mayores de 18 años. (10)

2.1.2. A nivel nacional:

Huamani C. et. al. en el 2008, realizaron su estudio denominado: Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú. Se incluyó a 502 mujeres. Los principales resultados fueron una edad promedio de 27 ± 8 años y

el 46% fueron solteras. El 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. Se halló asociación entre tener menor nivel educativo con el inicio precoz de relaciones sexuales y una historia de PAP inadecuada. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9%, el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo y a una historia de PAP inadecuada. Concluye que un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolau en mujeres de Lima. (11)

Gutiérrez C., et. al. en el año 2010 realizaron un estudio sobre: Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil, en Perú. Los principales resultados fueron: que el porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8% para el año 2010 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3% para el mismo año. Durante el tiempo analizado, el vivir en la costa y en zona urbana fueron variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada

con el vivir en la costa. Concluye que las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, nuestra cobertura es baja. Concluye: los factores socio-demográficos están asociados con el antecedente de haber sido sometido a un PAP y con haber escuchado sobre el PAP. (12)

Seminario M., et. al. realizaron un estudio sobre Nivel de conocimientos actitudes y prácticas del examen de Papanicolaou en el distrito de Chiclayo, Perú, en el 2010. Los principales resultados fueron: que de 116 mujeres encuestadas. La media de la edad fue de 33,5+/- 7,6.; 7 mujeres (6,1%) estudiaron solo primaria; 34 (29,6%) secundaria y 75 (65,2%) estudios superiores. El nivel de conocimientos fue alto en 52 (44,8%), el de actitudes fue desfavorable en 55 (47,4%) y el nivel de prácticas fue incorrecto en 71 (61,2%). En una exploración inicial no se halló asociación entre grado de instrucción con nivel de conocimientos y prácticas, pero si entre grado de instrucción y nivel de actitudes. (OR: 5,63; IC: 2,20-15,23; p<0,01). No se halló asociación entre inicio de vida sexual con conocimientos, actitudes y prácticas. El motivo de rechazo principal fue: por falta de tiempo y por pensar que la prueba es dolorosa. (13)

Carrasco J. y Valera L., en el año 2011, realizaron el estudio denominado: Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la urbanización Las Palmeras en el distrito de Morales, Universidad Nacional de San Martín, en Perú. Los principales resultados fueron: las mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales, se caracterizan por: El 42,34% oscilan entre los 20 y 29 años; el 61,26% son convivientes; el 44,14% son de nivel secundario. Asimismo, el 60.36% conocen que el Papanicolaou se usa para la detección del cáncer de cuello uterino; 43.24% conocen que el inicio de relaciones sexuales es el indicador más importante para realizarse el examen de Papanicolaou. Del mismo modo el 50.45% presentaron un nivel de conocimientos alto sobre el examen de Papanicolaou; 54,05% mostraron una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou; 76,58% adoptan una práctica inadecuada frente al examen de Papanicolaou. Concluye 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 de las mujeres en edad fértil frente al examen de Papanicolaou ($p < 0,05$); y

existe relación estadísticamente significativa entre la actitud favorable y la práctica adecuada del examen de Papanicolaou ($p < 0,05$). (14)

Palma J. en el año 2011, realizó un estudio sobre: Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra, San Juan de Miraflores, en Perú. Los principales resultados fueron: el perfil de la usuaria que acude al centro de salud Leonor Saavedra es mujer de 32 años, conviviente (52,4%), con nivel secundario (54,8%), ama de casa (54,8%), que vive con sus hijos y su pareja (70,2%), de religión católica (73,0%), cuyos ingresos mensuales son menores a los S/.1000 (61,3%). Entre las prácticas de prevención primaria del cáncer cérvico uterino relacionadas con la conducta sexual, tenemos: Sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de infecciones de transmisión sexual, sólo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales. El 91,9% ha evitado el consumo de tabaco, el 57,3% se alimenta balanceadamente, y sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el virus del papiloma humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 84,9% se ha realizado el

Papanicolaou; sólo el 34,6% se lo realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba. Concluye que la mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de infecciones de transmisión sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria. (15)

Delgado J. en el año 2015 realizó un estudio; en Chiclayo, Perú, denominado: 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. Cuyo objetivo general es: medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital. Entre los principales resultados: la edad promedio es de 38 años, casadas (40%), estudios

secundarios (46,7%) y amas de casa en su mayoría (69,6%). El 93,3% conoce que tipo de examen es el PAP, el 70,4% conoce su utilidad; sin embargo el 57,1% no ha solicitado el examen en los últimos tres años y el 40,3% nunca se hizo el PAP. 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. (16)

2.1.3. A nivel local:

Ticona G. realizó un estudio sobre: Factores sociodemográficos y la actitud asociados a la práctica del Papanicolaou en mujeres de 18 a 54 años del mercado zonal de Ciudad Nueva, Tacna, 2009. Entre los resultados la mayoría de mujeres tienen de 30 a 49 años, casi la mitad presento un estado civil de casada (49,2%); en cuanto al nivel de instrucción más de la mitad tiene educación primaria (50,8%), la mayoría de ellas tuvo su primera relación coital fue 15 a 19 años (56,7%) y el número de hijos entre 3 a 4 (45%). En cuanto a la actitud, casi en su totalidad las mujeres presentaron una actitud favorable (82.5%). Y las prácticas fueron inadecuadas en su mayoría (63,3%). Se concluyó que el nivel de instrucción y la actitud se asocian con la práctica de Papanicolaou.(17)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento

Se refiere a datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas y acciones, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos o científicos, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación.(18)

Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre temas de salud reproductiva, son el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas. (19)

Es en este contexto que podemos visualizar que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas creencias con respecto a la salud. Asimismo, se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de la mujer en edad fértil con vida sexual activa, frente a la aceptación de realizarse el examen de Papanicolaou como medida preventiva del cáncer de cuello uterino, podrá interesarse sobre su salud, asistir al centro de salud más oportunamente y seguir mejor las indicaciones terapéuticas, por lo cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud- enfermedad.

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, 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 eficientemente.(20)

Cabe destacar que las personas enfrentan diversas crisis situacionales que no siempre son previstas, y originan cambios de comportamiento, siendo necesario la utilización de recursos de diverso orden: psicológico, económico y social con la finalidad de intervenir oportunamente. Las personas a su vez, realizan sus actividades diarias de acuerdo a ciertos patrones culturales, la percepción que tenga de la realidad y del conocimiento que han adquirido sobre las cosas a lo largo de la vida. De allí que las personas interpretan su estado de salud-enfermedad según su perspectiva particular, bajo la influencia de creencias y costumbres transmitidas de generación en generación y la información que tienen de diversas fuentes, los conocimientos con que cuentan las personas también depende del nivel económico y de educación que hayan alcanzado.(14)

Podríamos concluir diciendo que el conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada y que la adquisición de la misma puede ser en forma individual, social, por descubrimiento, etc., y que podría fijarse significativamente en nuestro campo mental para que influya en

la modificación de nuestras actitudes y comportamiento frente a un determinado suceso.

En este estudio consideramos que el conocimiento que tenga la paciente sobre el examen de Papanicolaou sirva para que pueda tener una actitud favorable y decidir responsablemente la realización de la misma en condiciones adecuadas como prevención del cáncer cérvico uterino.

2.2.2. Actitud

La actitud se refiere a un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influencia en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y/o situaciones.(21)

Es la forma de actuar de una persona; la disposición que tiene un individuo para hacer las cosas. Es el vínculo existente entre el conocimiento adquirido por un individuo y la acción que realizará en el presente y en el futuro. Son las manifestaciones de nuestro mundo interior que se observan a través de nuestro comportamiento(21)

La actitud, es la variable más estudiada en psicología social debido a que constituye un valioso elemento para la

predicción de conductas. Es una predisposición afectiva y motivacional requerida para el desarrollo de una determinada acción.(22)

Según el autor Pablo Briñol (23); existen indicadores de la fuerza de las actitudes; entre ellos los más importantes son:

- Confianza: se refiere a la sensación de validez subjetiva que la persona tiene con respecto a sus propias actitudes.
- Importancia: se refiere a la relevancia o significado que la persona le da a su propia actitud. Implica emitir un juicio sobre la actitud que se tiene respecto a un determinado objeto de actitud (y no un juicio sobre el mencionado producto).
- Conocimientos: se refiere a la cantidad de conocimiento que una persona cree tener con respecto a si mismo. Por ejemplo, es más fácil predecir las actitudes de aquellas personas que tienen mayor conocimiento; mientras que es más difícil predecir la actitud de aquella persona que tiene menor conocimiento.

2.2.2.1. La actitud hacia la toma del Papanicolaou:

Para este estudio, las actitudes, se definen como el conjunto de conductas acogidas en relación al test del Papanicolaou y que influyen en la respuesta de las personas en algunas situaciones o circunstancias en las que se encuentran, y que como los conocimientos pueden ser tangibles, pues su medición o valoración es posible mediante categorías.

A nivel conductual, una actitud se expresa cuando aceptamos de manera natural la realización de un examen de Papanicolaou, a nivel ideático, que es el pensamiento que en ese momento la paciente se dice a sí misma, señalando que es importante realizarse el examen y por último, la amabilidad como actitud se expresa también a nivel emocional, es decir, la paciente no solo piensa que el examen es indispensable, sino que también lo siente.(13)

2.2.3. Prácticas

La real academia de la lengua hace referencia al uso continuado de costumbres y 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, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada, las practicas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida.(9)

La práctica, o la forma como ésta se entienden, está determinada por la concepción de mundo y el ideal de sujeto que se tenga en un momento histórico determinado. Así, la visión idealista de los griegos representados en Platón y Aristóteles, concebían la práctica como el arte del argumento moral y político, es decir, el pensamiento como lo esencial de la práctica, como el razonamiento que realizan las personas cuando se ven enfrentadas a situaciones complejas. De igual manera Kant, retoma esta concepción y propone la razón práctica; como una forma de conocimiento, fundada en la existencia de una moral absoluta. (24)

2.2.3.2. Prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino

Depende de la visión que se tengan de la prevención y si la consideran conveniente y efectivo. Actualmente podemos prevenir el cáncer de cuello uterino con tres estrategias: la primera es abstinencia sexual; retrasar la vida sexual después de los 20 años, monogamia y el uso de condón; la segunda, a través de la prevención primaria (antes de la adquisición del virus del papiloma humano, vacunas profilácticas), en la etapa pre sexual y; la tercera, basada en la citología vaginal con tinción de Papanicolaou.

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)

2.2.4. Cáncer de cuello uterino

2.2.4.1. Definición

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal.(26)

2.2.4.2. Etiología

El virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres se infectan con el VPH

alguna vez en su vida, usualmente al inicio de la actividad sexual. La mayoría de infecciones se resolverán espontáneamente a los 6 y hasta los 24 meses.(27)

2.2.4.3. Fisiopatología

El primer paso para el desarrollo del cáncer de cuello uterino es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncogénico. La mayoría de infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo algunas pocas persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal. Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más riesgo de persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales.(28)

Los siguientes tipos más comunes son 31,33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%.Las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones de VPH progresan

a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis.

Éstos son algunos de los cofactores que se han postulado en el desarrollo de displasias de alto grado:(28)

- El tipo de VPH de alto riesgo y la infección viral persistente predicen un mayor riesgo de progresión.
- Susceptibilidad genética: La susceptibilidad a cáncer cervical causado por la infección a VPH ha sido identificada mediante estudios en gemelos y en familiares en primer grado, así como también estudios de asociación genómica. Mujeres que tengan un familiar en primer grado afectado tienen el doble de riesgo de desarrollar un tumor cervical comparado con mujeres que no tienen ningún familiar en primer grado con alguna tumoración cervical. La susceptibilidad genética sin embargo aporta menos del 1% de los cánceres cervicales.
- Condiciones del huésped que comprometan la inmunidad (por ejemplo, mal estado nutricional, y la

infección por VIH que se asocia con un aumento de 5 veces en el riesgo de cáncer de cuello uterino).

- Factores ambientales (por ejemplo, exposición al humo del tabaco y deficiencias vitamínicas).
- Otros factores aumentan significativamente el riesgo de infección con el VPH. Éstos incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales o ser pareja de alguien con múltiples parejas sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

2.2.4.4. Signos y síntomas

- a. Infección por el VPH: Esta es totalmente asintomática, pero puede producir lesiones de bajo grado, que luego la mayoría regresionan.
- b. Lesiones pre malignas y cáncer en estadio temprano: Las lesiones pre malignas no producen sintomatología, incluso el cáncer invasor en estadio temprano presenta escasa sintomatología.

c. Cáncer de cuello uterino en estado avanzado: Los síntomas del cáncer de cuello uterino avanzado incluyen:

- Sangrado anormal por la vagina o cambios en el ciclo menstrual que no son explicables.
- Sangrado cuando existe contacto con el cérvix, por ejemplo durante el coito o el uso de diafragma.
- Dolor durante el coito.

Por extensión directa a la vejiga puede ser causa de retención urinaria y eventualmente llegar a una fistula vesico-vaginal. La extensión posterior puede ocasionar dolor lumbar, tenesmo y la formación de fistulas recto vaginales.

Al examinar el cérvix se puede apreciar rojo, friable o una lesión ulcerada. En la palpación recto vaginal en lesiones avanzadas, puede detectarse induraciones o nódulos en los parametrios.

2.2.4.5. Diagnóstico de lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino

- **Biopsia**

El diagnóstico definitivo de lesiones pre malignas o cáncer se hace con biopsia, aunque no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) o colposcopia. Se recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica.

- **Examen físico**

Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino. La visualización del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden reemplazar por completo el cuello del útero. Cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical.

Las únicas lesiones visibles que no requieren biopsia son los quistes de Naboth, y sólo cuando este diagnóstico se confirma por un examinador experimentado.(28)

- Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de cáncer cervical incluye otras condiciones que dan lugar a sangrado vaginal irregular o fuerte, flujo vaginal, o una lesión cervical visible.

El sangrado del tracto genital y flujo vaginal pueden ser causados por una variedad de condiciones. El sangrado post-coital, que es la presentación más específica de cáncer de cuello uterino, también puede resultar de cervicitis.

Las lesiones de tipo tumoral benignos que pueden confundirse con el cáncer de cuello uterino incluyen pólipos, quistes de Naboth, quistes mesonéfricos, ectropión cervical, úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual, los cambios glandulares reactivos de la inflamación y la endometriosis.(28)

2.2.4.6. Prevención y manejo del cáncer de cuello uterino

- Prevención primaria

Existe la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Efectiva para prevenir infecciones por los tipos de VPH16, VPH 18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales.(28)

- Prevención secundaria

El tamizaje es una medida recomendada por la OMS, por lo que se realiza en los establecimientos de salud de acuerdo a las normas establecidas en cada institución.

El manejo de las lesiones pre malignas forma parte de la prevención secundaria, entre las formas de manejo encontramos la crioterapia y la escisión quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP).(28)

2.2.5. El examen de Papanicolaou

George Papanicolaou en 1954, sistematizó una técnica de diagnóstico con métodos de toma de muestra, fijación en fresco, tinción y nomenclatura de los diferentes tipos de

alteración citológica relacionadas con el cáncer cuello uterino, dando así comienzo a la citología clínica moderna.

En 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1977), publicó un folleto de orientación de los laboratorios de citología, en el cual se indica el valor del método de Papanicolaou y en 1993 A.B. Millar en documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud señalo la lucha contra el cáncer cuello uterino, se dispone de una estrategia probada, para la detección citológica con el tratamiento adecuado, que indican que esta estrategia ha reducido la muerte por cáncer de cuello uterino, entre 60% y 90 % en los países que la han tomado como parte de la política de salud. (17)

2.2.5.1. Concepto

La citología convencional o Papanicolaou (PAP) es un método de estudio citológico utilizado para detectar alteraciones celulares relacionadas con lesiones pre malignas y malignas. (29)

2.2.5.2. Procedimiento para la toma de muestra de citología del cuello uterino (PAP)

Los siguientes pasos para la toma del PAP fueron tomados de la directiva de “Detección temprana del cáncer de cuello uterino en ESSALUD”. (29)

1. Toda paciente que va a ser examinada para la realización de citología cervical (PAP) debe recibir información individual y/o grupal sobre:
 - El cuello uterino, que es y donde se encuentra.
 - Factores de riesgo asociadas al cáncer de cuello uterino.
 - Papel e importancia del PAP, periodicidad.
 - Explicación de cómo se realiza la prueba, pasos a seguir, consecuencias de no hacerse la prueba.
 - Los resultados de la prueba y la importancia de acudir a recoger el resultado.
2. La atención de la paciente, debe ser con cortesía y respeto.
3. Registrar el formato de solicitud con letra legible y clara. De preferencia se buscará que la paciente:
 - No esté menstruando, ni tenga flujo abundante o inflamación severa.

- No haya tenido una histerectomía total por patología benigna.
 - No relaciones sexuales vaginales veinticuatro horas antes.
 - No uso de óvulos o cremas.
 - No uso de duchas vaginales.
4. Identificación de la lámina: Se escribe con lápiz los nombres y apellidos de la paciente, su número de registro y la fecha de la toma de la muestra en un papel pequeño que se asegura con un clip a la cara opuesta del extendido de la lámina. Los centros que dispongan de lápices con punta de diamante también lo podrán usar.
5. Procedimiento de Toma de la muestra: El profesional de la salud debidamente entrenado con materiales necesarios para tomar la muestra de Papanicolaou deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada paciente en el formato de solicitud. Antes de tomar el PAP el profesional deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica. No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.

6. Obtención de la muestra:

- La paciente informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para el examen ginecológico.
- El examinador debe seguir las medidas de bioseguridad.
- Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario solo usar suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.
- La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultaneas de exocérvix (rotando 360° en sentido horario), y endocérvix (rotando 180° sentido anti horario), mediante el uso de espátula de Ayre y el citocepillo.
- En caso de presencia de sangrado leve o flujo, la toma de muestra se hará, previa limpieza cuidadosa del cuello uterino, con torunda de algodón seco.
- En las gestantes, está contraindicada la toma de muestra de endocérvix con citocepillo u otro elemento (para el exocérvix utilizar cito-espátula de Ayre).
- En las mujeres postmenopáusicas, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener la muestra del endocérvix, mediante el citocepillo rotándolo en 360°.

7. Extendido de la muestra

- El extendido se realizará inmediatamente, en la cara opuesta al papel de identificación de la lámina o en la misma cara si se utiliza el lápiz con punta de diamante.
- El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos. Extender la muestra en toda la lámina, con movimientos suaves distribuyéndola en una capa fina.
- La muestra de exocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina.
- Luego cierre y retire delicadamente el espéculo.
- Coloque los instrumentos utilizados en la solución descontaminante.

8. Fijación de la muestra

- Sumergir inmediatamente (antes de 5 segundos) completamente la lámina con el papel de identificación o rotulado con lápiz punta de diamante en el fijador (alcohol etílico de 96°, contenido en un recipiente abierto, de boca ancha y tapa hermética y cercana al operador).
- El tiempo mínimo de fijación es 15 minutos cuando se usa alcohol de 96° y de 30 minutos cuando se usa

alcohol de 70°. Luego retirar la lámina y colocarla en un depósito de madera o de plástico hasta el momento en que es enviada al laboratorio.

- Si el material no se fija de inmediato, las células se deshidratan y deformarán y ya no es posible hacer una lectura adecuada del portaobjetos en el laboratorio.

9. Errores que deben evitarse:

Identificación inadecuada de la lámina.

- Uso de lapicero o esparadrapo para la identificación de la lámina.
- Utilización de láminas sucias.
- Exposición de la lámina al ambiente antes de la fijación (>30 segundos).
- Insuficiente tiempo de fijación o uso de alcohol etílico menor de 70°.
- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.
- Rotación excesiva o incompleta de la espátula sobre la zona de transformación (menos o más de 360°).

- Toma insuficiente de una zona de transformación extensa.

10. Conservación, embalaje, transporte y remisión de muestras:

- Conservación de las muestras: Las láminas con las muestras fijadas, no requieren condiciones de conservación controladas solo protegerlas del polvo.
- Embalaje de las láminas: Asegurarse que las láminas estén totalmente secas y rotuladas para identificarlas correctamente. Colocar las láminas en depósitos de madera o plástico dentro de cajas de cartón (si el traslado es lejano), acompañadas de las órdenes respectivas.
- Para el transporte: elegir un medio de transporte, rápido, económico, seguro y confiable. Se debe evaluar la conservación e integridad de las láminas con el fin de contar con tamizajes efectivos y eficientes.
- Para la remisión de muestras: deben realizarse en el menor tiempo posible para disminuir el tiempo de reporte del resultado.

11. Lectura e interpretación

Utilizar la nomenclatura del Sistema de Bethesda 2001.

La lectura incluye: calidad de la muestra, clasificación general, interpretación/resultado (negativo para malignidad, microorganismos, presencia de células endocervicales y otros)

12. Sistema Bethesda.

Anormalidades de células epiteliales:

A. Células escamosas:

- 1) Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US: siglas en inglés).
- 2) Células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado (ASC-H).
- 3) Lesiones escamosas intra epiteliales de bajo grado (LIE BG), incluye:
 - Presencia de Papiloma Virus Humano (VPH).
 - Displasia leve.
- 4) Lesiones escamosas intra epiteliales de alto grado (LIE AG), incluye:
 - Displasia moderada.
 - Displasia severa

- Carcinoma in situ

5) Carcinoma de células escamosas.

B. Células glandulares:

Anomalías de células glandulares atípicas (AGC: siglas en inglés).

2.2.6. Detección de cáncer de cuello uterino en EsSalud

La presente investigación se realiza en el Centro Asistencial Primario III Metropolitano – EsSalud, por lo cual este centro programa sus metas de acuerdo a la directiva del Seguro Social de EsSalud, por lo que se señala algunas partes de esta directiva: (29)

2.2.6.1. Disposiciones generales de la prevención primaria

El personal de salud identifica y brinda orientación sobre factores de riesgo, importancia de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y los métodos de tamizaje disponibles, con la finalidad de mejorar la aceptación del tamizaje de cáncer de cuello uterino y fortalecer el nivel de conocimientos de la paciente en la prevención del cáncer.

2.2.6.2. Disposiciones generales de la prevención secundaria

- a.** El tamizaje de cuello uterino se realiza en pacientes de 21 a 65 años, o después de tres años de iniciada la actividad sexual.
- b.** La técnica para tamizaje de cáncer de cuello uterino se implementa y gestiona teniendo en cuenta la accesibilidad al servicio, la oportunidad de oferta, aspectos socioculturales, las tasas de incidencia, prevalencia o mortalidad de cáncer de cuello uterino y de acuerdo a las recomendaciones establecidas.
- c.** La citología convencional se realiza en las pacientes de 21 a 65 años o después de tres años de inicio de la actividad sexual. Si el resultado es negativo, el control se realiza anualmente.

2.2.6.3. Acerca de la captación para el tamizaje:

La captación de mujeres con factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino se realiza a nivel intramural y extramural, teniendo en cuenta lo dispuesto en la normatividad vigente de consulta externa. La

estrategia que demuestre incrementar la captación y optimizar el tiempo de atención y entrega de resultados al paciente del proceso de mejora de la atención

A nivel intramural, se desarrolla actividades de educación, información, comunicación para incrementar el acceso a las pacientes al tamizaje de cáncer de cuello uterino.

A nivel extramural, se coordina y organiza con entidades empleadoras, para incrementar el tamizaje de cáncer de cuello uterino en la población asegurada a fin de optimizar los recursos y el registro de la información.

2.2.6.4. Acerca del tamizaje:

- a.** La prueba de tamizaje se realiza previa información y aceptación de la paciente. El médico gineco-obstetra, médico de familia, médico general, obstetra o profesional capacitado realiza el tamizaje.
- b.** La técnica de citología convencional se realiza con un equipamiento básico.

- c.** La toma de muestra de citología cervical (PAP) se realiza con el procedimiento adecuado según la técnica recomendada.
- d.** Los datos de la paciente que se consignan en el formato se solicitud de citología cervical.
- e.** El resultado de la citología cervical anormal (PAP positivo) se controla según hallazgos y técnica utilizada en la IPRESS.
- f.** La paciente con sospecha clínica de cáncer de cuello uterino con lesión macroscópica es referida por el profesional de salud responsable de la atención a la IPRESS con mayor capacidad resolutive en un plazo máximo de 72 horas. En este caso, no procede realiza el tamizaje.
- g.** En la gestante, se realiza durante el primer trimestre o primera consulta, en caso no cuente con resultado citológico en el último año.
- h.** El material citológico, así como el listado de pacientes, y las solicitudes de estudio citológico y/o molecular son remitidos a la IPRESS de destino que cuente con área de

citología, y son trasladadas en condiciones adecuadas y oportunamente.

- i. La paciente operada de histerectomía total, no debe ser tamizada por causas no relacionadas a cáncer o lesiones pre malignas de cuello uterino.

2.2.6.5. De la notificación y registro

- a. El personal de salud que realiza la técnica de tamizaje identifica y registra a la paciente en el módulo correspondiente en el sistema de información vigente.
- b. En la IPRESS de origen (lugar donde se tomó el PAP) debe contar con un único registro nominal (manual o electrónico) de paciente con toma de PAP y resultados de citología cervical.
- c. En la IPRESS de destino (lugar donde se procesa y/o realiza el estudio citológico), el área de citología debe contar con un registro nominal (manual o electrónico) de pacientes con toma de PAP y resultados de citología cervical.
- d. En la IPRESS de destino se ingresa el resultado de la citología cervical en la base de datos del sistema de información vigente. Los resultados a través de un usuario

de acceso deben ser visualizados en la IPRESS de origen.

2.2.6.6. Del control y seguimiento

- a.** El Jefe de Servicio del área de Citología o de Anatomía Patológica de la IPRESS que se procesa y/o realiza el estudio de las láminas, es responsable de la entrega de los resultados de la citología a la IPRESS de destino, en un plazo de siete días calendario de recibida la muestra.
- b.** Los resultados de citología anormal: LIEAG, ASC-H, AGC y carcinoma, se entregan a la IPRESS de origen que realiza la toma de PAP, en un tiempo no mayor de 72 horas. En la IPRESS de destino el Director designa al responsable de realizar el seguimiento y ubicación de la paciente por vía telefónica o el desarrollo de otras estrategias para ubicar a la paciente de acuerdo al contexto local en coordinación con el responsable de Servicio Social.
- c.** La cita otorgada mediante la referencia administrativa a pacientes con citología anormal: LIEAG, ASC-H, AGC para realizar los estudios de diagnóstico (colposcopia y biopsia dirigida) debe ser en un plazo no mayor de 15 días

calendario. La generación de cita se comunica a la IPRESS de destino, a fin de realizar el seguimiento para que la paciente acuda a su cita.

- d. La paciente con resultado negativo, se tamiza de acuerdo a la periodicidad recomendada, según la técnica de citología utilizada (anualmente en caso del PAP).
- e. En caso de muestra insuficiente o citología no satisfactoria se cita a la paciente para nueva toma de muestra en un plazo máximo de 30 días calendario.
- f. El seguimiento de la paciente con citología anormal (PAP positivo) debe establecer su registro nominal para el control, seguimiento, manejo y evaluación según los resultados de acuerdo al flujo establecido para el proceso diagnóstico y manejo de casos.

2.3. Definición de términos

- **Conocimiento:** Es información concreta sobre la que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente a una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir.(18)

- Actitud: Es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influencia en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y/o situaciones.(21)
- Práctica: Reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada.(24)
- Cáncer cervical: Alteración celular que se origina en el epitelio cervical, se manifiesta inicialmente como lesiones precursoras que pueden evolucionar a un cáncer in situ o cáncer invasor..(30)
- Cérvix: La parte baja del útero que se conecta con la vagina. Esta apertura o hueco deja que salga la sangre del útero durante la menstruación (período). El cérvix también deja que entren las espermias al útero y las trompas de Falopio.(3)
- Diagnóstico: Identificar una enfermedad por sus signos o síntomas mediante el uso de procedimientos de creación de imágenes y resultados de laboratorio. Mientras más temprano se haga un diagnóstico de cáncer, mejores serán las probabilidades de supervivencia a largo plazo.(30)
- Displasia: Alteración precancerosa, en diferentes grados de gravedad, que puede regresar o evolucionar. También se utiliza

éste término para describir una malformación congénita.(31)

- Infección: Invasión del organismo por agentes patógenos, especialmente microscópicos, como bacterias y virus, y posterior desarrollo de los mismos. Invasión del cuerpo por microorganismos que provocan una enfermedad.(14)
- Lesiones: Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad.(20)
- Examen de Papanicolaou: Es un procedimiento en el cual se raspan las células del cuello uterino para examinarlas bajo un microscopio. Se usa para detectar cáncer o cambios que pueden conducir al cáncer. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar afecciones no cancerosas, como infección o inflamación.

(31)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Se trata de una investigación descriptiva y correlacional, es descriptiva porque reseña los atributos de la población y correlacional porque mide el grado de relación entre las variables de estudio. (32)

3.2. Diseño de la investigación

Se trata de un estudio no experimental, transversal, analítico, y retrospectivo. Es no experimental porque no hay manipulación de la muestra por parte del investigador. Es analítico porque los individuos son identificados en función de la presencia o ausencia de las variables de estudio. Es transversal porque se estudian simultáneamente las variables de estudio en una población bien definida en un momento determinado. Es retrospectivo porque se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado. (33)

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 5032 mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano de EsSalud (Tacna), entre las cuales se encuentran mujeres consultantes aseguradas de 18 a 64 años de edad, dato que fue obtenido del Informe extra-hospitalario 2016, Calderón, R. (34)

3.3.2. Muestra

Se aplicó una encuesta a 365 mujeres que acudieron al servicio de obstetricia del Centro Asistencial Primario III Metropolitano durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2016, y que cumplen los criterios de inclusión. Se obtuvo la muestra a través del muestreo probabilístico, aplicando la siguiente fórmula (35):

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde n= muestra, N= tamaño de la población, z= 1,96, p=0,5, q=0,5, p=0,5, d=0,05.

$$n = \frac{5032 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (5032 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 365$$

- **Criterios de inclusión:**

- Mujer que acuda al servicio de obstetricia que acceda participar del estudio.
- Mujer mayor de 18 años.
- Mujer menor de 65 años.

- **Criterios de exclusión:**

- Mujer que no acceda a participar del estudio
- Mujer menor de 18 años.
- Mujer mayor de 65 años.

3.4. Operacionalización de variables y variables de estudio

- Factores sociodemográficos: se refiere a las características sociales de la población.
- Conocimiento sobre el examen: se refiere al conociendo que posee la mujer sobre la clase de estudio que es el examen de Papanicolaou.
- Actitud hacía el examen de Papanicolaou: actitud para la solicitud del examen de Papanicolaou.
- Práctica del examen de Papanicolaou: se refiere a la realización y frecuencia del examen de Papanicolaou.

3.4.1. Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Unidad/ Categoría	Escala
V.I. Nivel de conocimientos sobre la prueba del PAP	<ul style="list-style-type: none"> Definición del PAP Lugar donde se realiza el PAP Utilidad del PAP Frecuencia para la realización del PAP 	Deficiente (0 a 1 correcta) Regular (2 a 3 correctas) Bueno (4 correctas)	Ordinal
V.I. Actitud frente a la prueba del PAP	<ul style="list-style-type: none"> Ha solicitado la prueba Debe realizarse anualmente Porque debe hacerse la prueba Desea saber para qué sirve y como se realiza 	Desfavorable (0 a 1 resp. posit.) Poco favorable (2 a 3 resp. posit.) Favorable (4 respuestas positivas)	Ordinal
V.D. Prácticas de la prueba del PAP	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó la prueba Frecuencia con que se realiza Porque lo hizo Reclamo el resultado Solicita explicaciones sobre el resultado 	Inadecuada (0 a 3 correctas) Adecuada (4 a 5 correctas)	Ordinal

VARIABLES ALEATORIAS	INDICADORES	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Intervalada
Estado civil	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada	Nominal
Escolaridad	Escolaridad	Sin estudios Primaria Secundaria Técnica Universitaria	Ordinal
Ocupación	Ocupación	Ama de casa Empleada/ obrero Independiente Desocupada Jubilada	Ordinal
Número de hijos	Número de hijos	Ninguno 1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 a más	Intervalada
Inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de RS	Años	Intervalada
Menarquia	Edad en que tuvo primera menstruación	Años	Intervalada
Método anticonceptivo en uso	Método anticonceptivo	Condón Inyectable Píldoras T de cobre Implante AQV	Nominal

3.4.2. Variables de estudio

Se valoraron cuatro aspectos y para cada uno de ellos se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

Información sociodemográfica y antecedentes obstétricos:

- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Número de hijos
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Menarquia
- Método anticonceptivo en uso

Conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou:

- Definición del PAP
- Lugar donde se realiza el PAP
- Utilidad del PAP
- Frecuencia para la realización del PAP

Actitudes frente a la prueba de Papanicolaou:

- Solicito la prueba
- Debe realizarse anualmente la prueba
- Porque realizarse la prueba

- Conocer estado de salud
 - Detectar el cáncer a tiempo
 - Prevenir enfermedades
 - El médico lo solicita
 - No sabe
- Desearía saber para qué sirve y como se realiza

Prácticas de la prueba del PAP:

- Se realizó la prueba
- Frecuencia con que se realiza
- Porque lo hizo
- Reclamo el resultado
- Solicita explicaciones sobre el resultado

3.5. Métodos, técnica e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Métodos

Se utilizó un cuestionario estructurado a fin de obtener respuestas escritas a las interrogantes planteadas en el cuestionario. (23)

3.5.2. Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en varias fases. Se contó con horarios programados para la recolección de datos en el CAP III Metropolitano.

Se organizó los horarios con las obstetras del establecimiento.

La tabulación y análisis de datos los realizó un estadístico.

3.5.3. Instrumento de recolección de datos

Para medir las variables independiente y dependiente se utilizó un cuestionario previamente validado por expertos (3 médicos gineco-obstetras y 2 oncólogos que laboran en el primer nivel de atención) y la realización de una prueba piloto a 20 usuarias del Hospital Regional de Lambayeque, realizado por Julio Delgado Aguayo en el siguiente estudio: “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, 2015” (16)

El cuestionario consta de 21 preguntas, 8 preguntas de datos generales, 4 preguntas sobre conocimientos, 4 preguntas sobre actitud y 5 preguntas sobre prácticas.

Para medir la variable nivel de conocimientos sobre el examen de Papanicolaou se utilizaron dieciocho ítems cerrados en el cuestionario.

Para medir la variable actitud hacia el examen de Papanicolaou se utilizaron once ítems cerrados.

Para medir la variable prácticas del examen de Papanicolaou se utilizaron dos ítems abiertos y seis ítems cerrados

Para medir las variables intervinientes se utilizaron catorce ítems cerrados.

3.6. Procesamiento y análisis

Procedimiento:

Se construyó una base de datos y se llevó a cabo el procesamiento de la información con el programa IBM SPSS Statistics 20.0 para Windows.

Luego de la ejecución del programa se realizó el análisis de los datos, para ello se aplicó la estadística descriptiva para la

determinación de la frecuencia y proporción de las variables categóricas.

Los resultados observados se sometieron a la prueba estadística no paramétrica χ^2 a fin de probar si existía o no asociación. En un cruce de variables categóricas se usa la estadística chi cuadrado para detectar si existe o no asociación entre dos variables.

El chi cuadrado depende de sus grados de libertad. Grados de libertad es el número de elementos de un conjunto que puede variar libremente quedando los demás explicados por los primeros.(36)

Luego los datos fueron presentados en tablas de frecuencia y gráficos de barras.

Primer objetivo específico: Se estimó la asociación entre los conocimientos y las prácticas del examen de Papanicolaou gracias a los datos obtenidos en los ítems relacionados con conocimientos y prácticas en el cuestionario. Se estimó el grado de asociación con la prueba de hipótesis de chi cuadrado.

El valor obtenido se clasificó de la siguiente manera:

- $p < 0,05 \Rightarrow$ existe asociación
- $p > 0,05 \Rightarrow$ no hay asociación

Segundo objetivo específico: Se estimó la asociación entre la actitud y las prácticas del examen de Papanicolaou, de igual manera que lo señalado anteriormente.

Objetivo general: Se estimó la asociación entre el conocimiento y actitud con la práctica del examen de Papanicolaou.

Para realizar esto se crearon escalas del nivel de conocimiento y actitud; uniéndolas en una tabla. Así se pudo relacionar con la práctica.

Se estimó el grado de asociación con la prueba de hipótesis con chi cuadrado.

Los valores obtenidos se clasificaron de la siguiente manera:

- $p < 0,05 \Rightarrow$ existe asociación
- $p > 0,05 \Rightarrow$ no hay asociación

Aspectos éticos

A fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se consideró el nombre de las mujeres que participaron en el estudio.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA N°1

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según edades.**

Edades	Frecuencia	Porcentaje
18 a 29 años	63	17,3
30 a 44 años	177	48,5
45 a 59 años	98	26,9
60 años a más	27	7,4
Total	365	100

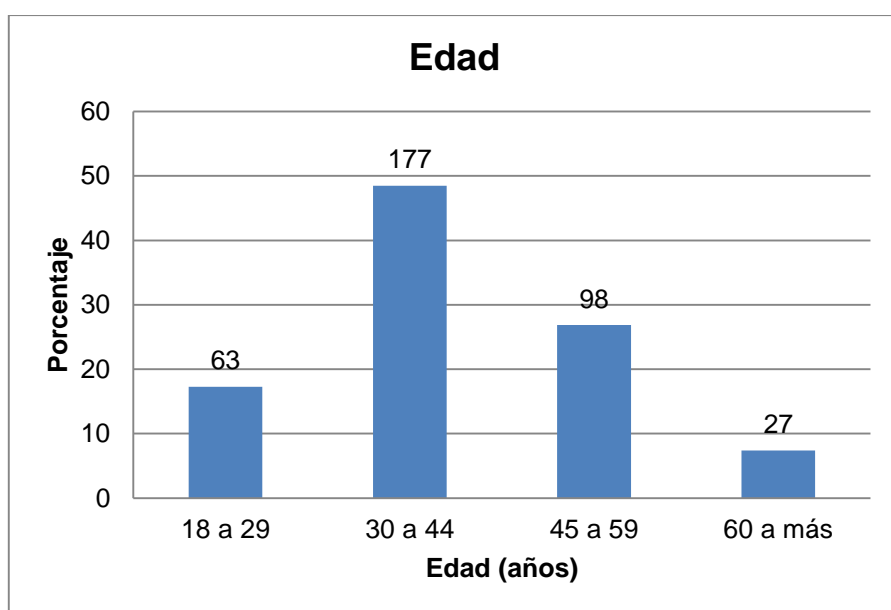
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En la presente tabla, se aprecia que el 48,5% de los mujeres estudiadas tienen entre 30 a 44 años de edad, mientras que el 26,9% tienen entre 45 a 59 años de edad.

GRÁFICO N°1

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según edades.



Fuente: Tabla 1.

TABLA N°2

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según estado civil.**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	221	60,5
Soltera	39	10,7
Conviviente	77	21,1
Separada	28	7,7
Total	365	100

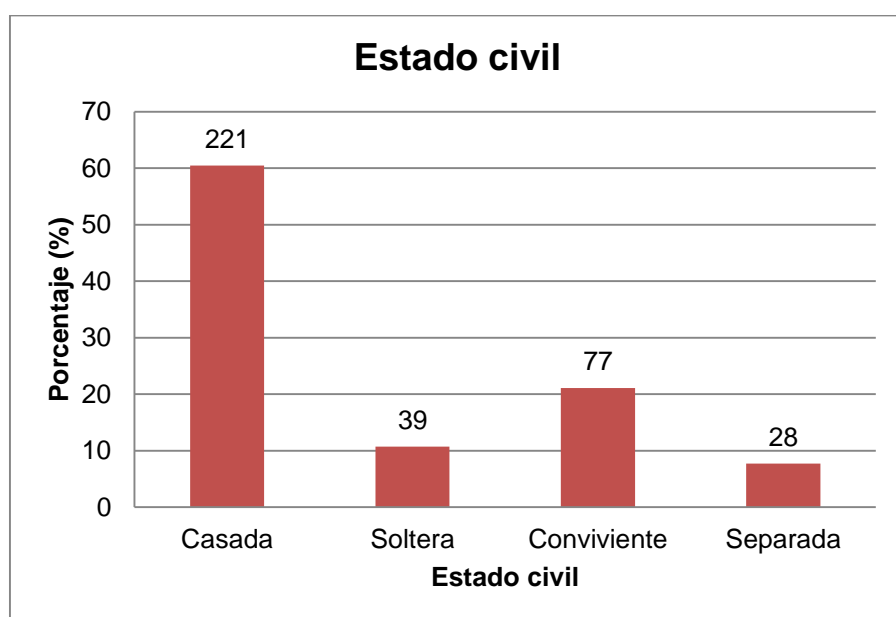
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En el presente cuadro, se observa que el 60,5% de las mujeres estudiadas, son casadas; el 21,1% de las mujeres son convivientes; el 10,7% de los mujeres son solteras; mientras que solo un 7,7% de las mujeres son separadas.

GRÁFICO N°2

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según estado civil.



Fuente: Tabla 2.

TABLA N°3

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según nivel de escolaridad.**

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	24	6,6
Secundaria	116	31,8
Técnica	95	26,0
Universitaria	130	35,6
Total	365	100

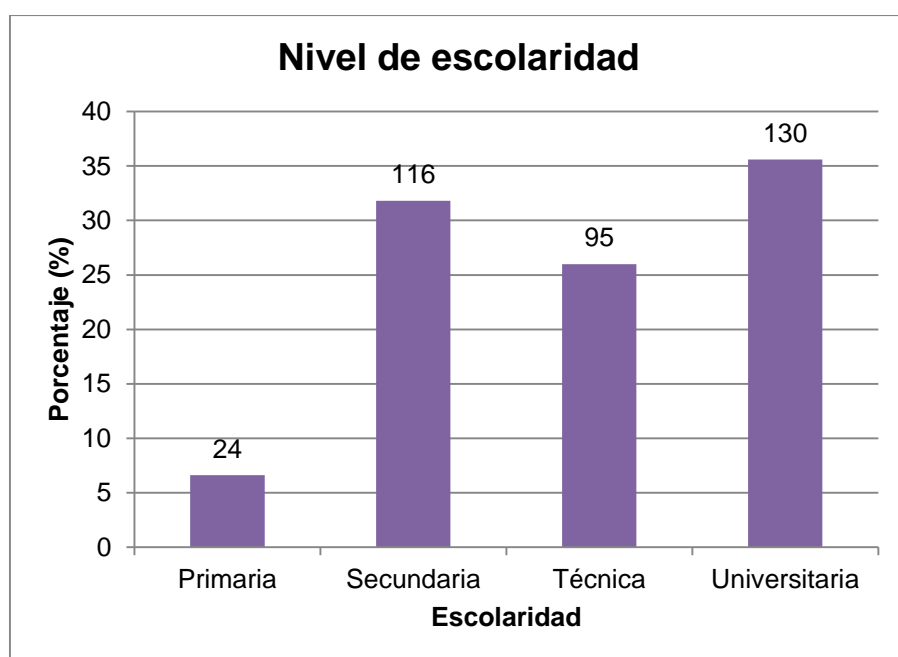
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En la presente tabla, se observa que el 35,6% de las mujeres tienen una educación universitaria; el 31,8% de las mujeres tienen una educación secundaria; mientras que solo el 6,6% de las mujeres tienen educación primaria.

GRÁFICO N°3

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según nivel de escolaridad.



Fuente: Tabla 3.

TABLA N°4

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según su ocupación.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	104	28,5
Empleada/obrero	98	26,8
Trabajadora independiente	63	17,3
Desocupada	29	7,9
Otra	71	19,5
Total	365	100

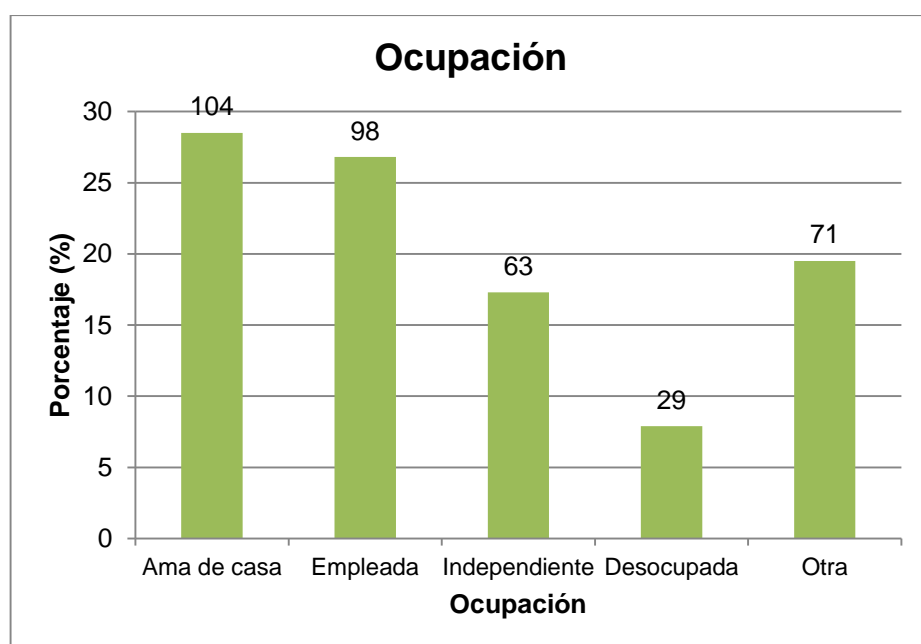
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En el presente cuadro, se aprecia que el 28,5% de las mujeres son amas de casa; el 26,8% de las mujeres son empleadas u obreras; sin embargo el 19,5% de las mujeres se dedican a otras actividades económicas.

GRÁFICO N°4

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según su ocupación.



Fuente: Tabla 4.

TABLA N°5

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según número de hijos.**

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	47	12,9
1 a 2 hijos	189	51,8
3 a 4 hijos	106	29,0
5 hijos a más	23	6,3
Total	365	100

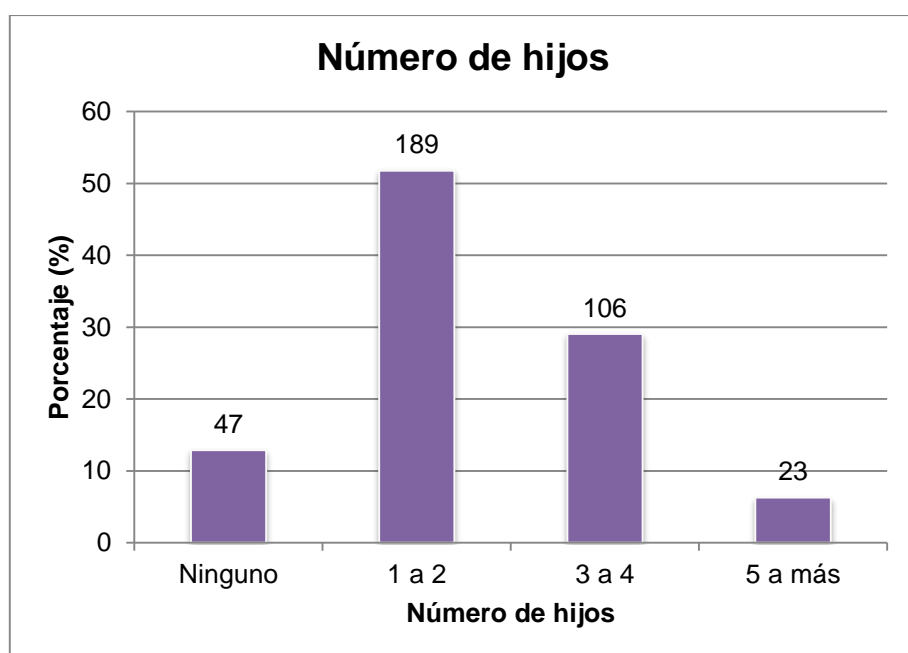
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En el presente cuadro, se aprecia que el 51,8% de las mujeres tienen entre uno a dos hijos; luego el 29,0% de las encuestadas tienen de 3 a 4 hijos.

GRÁFICO N°5

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según número de hijos.



Fuente: Tabla 5.

TABLA N°6

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según menarquia.**

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
9 a 11 años	73	20,0
12 a 14 años	254	69,6
15 a 17 años	38	10,4
Total	365	100

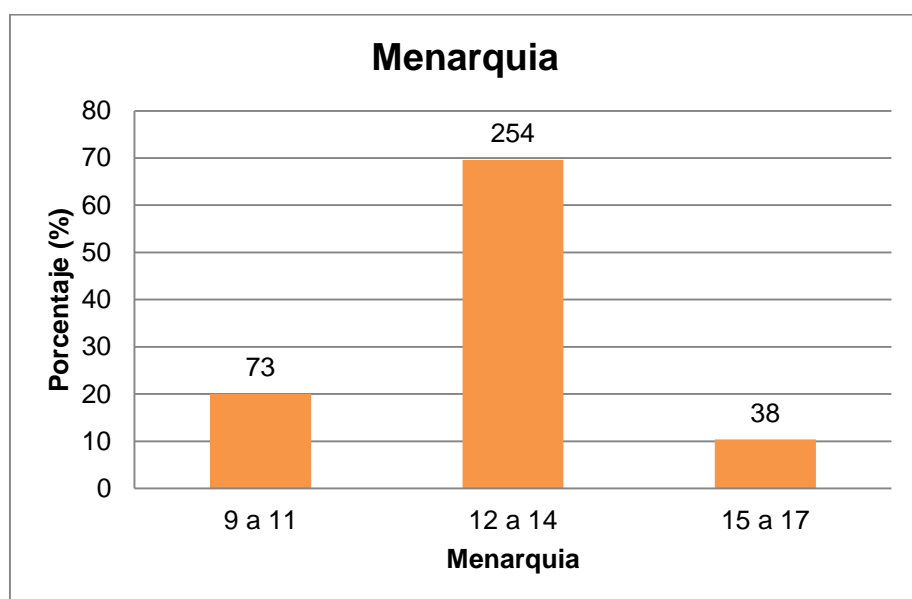
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En la presente tabla, se observa que el 69,6% de las mujeres tuvieron su primera menstruación entre los 12 a 14 años, luego 20,0% de las mujeres tuvieron su primera menstruación entre los 9 a 11 años.

GRÁFICO N°6

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según menarquia.



Fuente: Tabla 6.

TABLA N°7

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según edad de inicio de relaciones sexuales.**

Edad de inicio de RS	Frecuencia	Porcentaje
14 a 20 años	237	64,9
21 a 27 años	112	30,7
28 a 32 años	16	4,4
Total	365	100

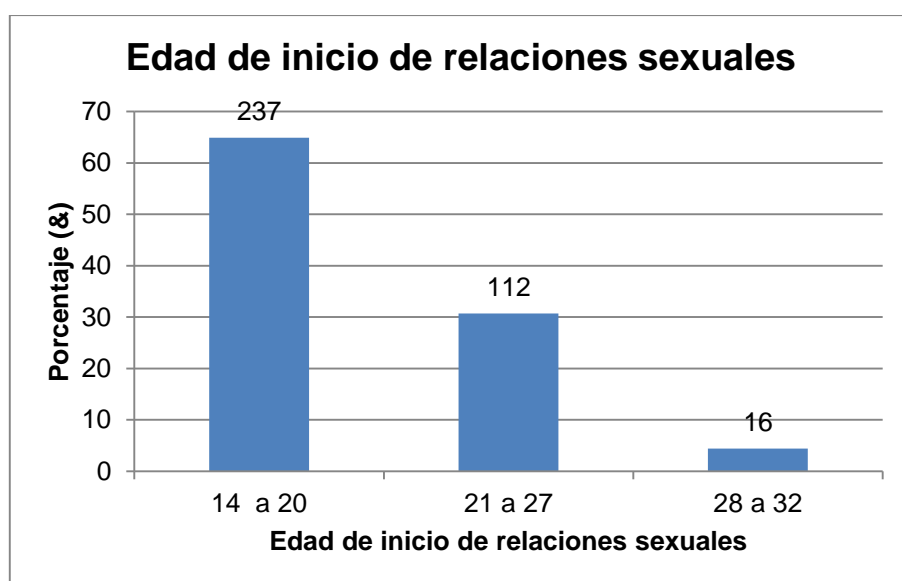
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En el presente cuadro, se aprecia que el 64,9% de mujeres estudiadas iniciaron su vida sexual entre los 14 y 20 años de edad; el 30,7% de mujeres iniciaron su vida sexual entre los 21 y 27 años; y el 4,4% de mujeres encuestadas iniciaron su vida sexual entre los 28 y 32 años.

GRÁFICO N°7

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según edad de inicio de relaciones sexuales.



Fuente: Tabla 7.

TABLA N°8

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según el método anticonceptivo en uso.**

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	195	53,4
Condón	41	11,2
Píldoras	53	14,5
Inyectable	16	4,4
DIU	13	3,6
AQV	47	12,9
Total	365	100

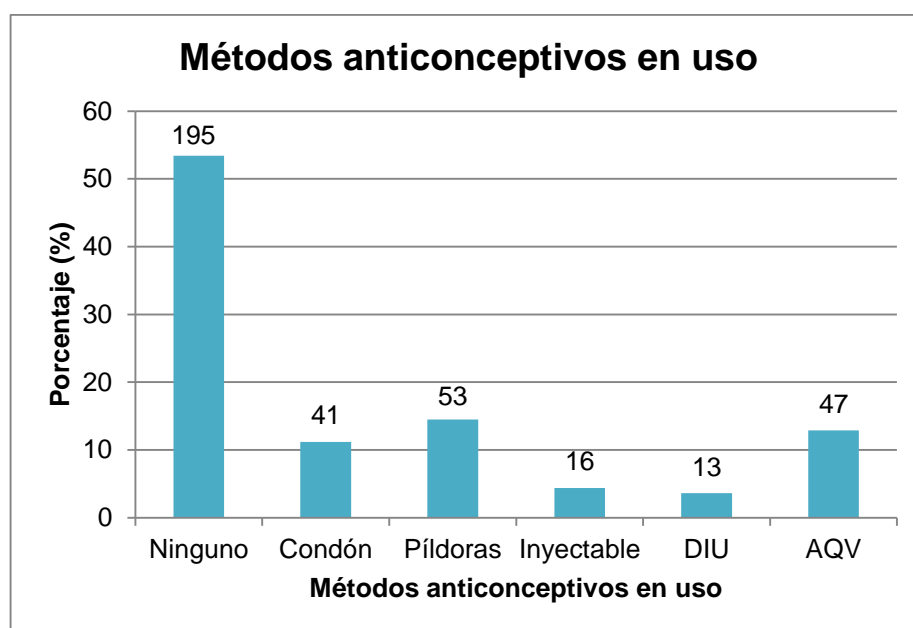
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En la presente tabla, se aprecia que el 53,4% no utiliza ningún método anticonceptivo; mientras que el 14,5% prefiere utilizar píldoras; luego el 12,9 % de las mujeres optaron por la anticoncepción quirúrgica voluntaria.

GRÁFICO N°8

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según el método anticonceptivo en uso.



Fuente: Tabla 8.

TABLA N°9

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según conocimiento sobre el examen de Papanicolaou.

Conocimiento sobre el examen de Papanicolaou		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
La prueba de Papanicolaou es:		
Examen de sangre	25	6,8
Examen del cuello uterino	279	76,4
Examen radiológico	9	2,5
Examen médico	52	14,2
Total	365	100
La prueba de Papanicolaou se toma en:		
Cuello del útero	265	72,6
Vagina	84	23,0
Ovarios	5	1,4
No sabe	11	3,0
Total	365	100
La prueba de Papanicolaou sirve para:		
Detectar cáncer de cuello uterino	302	82,7
Determinar infección	28	7,7
Determinar inflamación	35	9,6
Total	365	100
Frecuencia con que se debe realizar el examen:		
Mensual	18	4,9
Cada seis meses	24	6,6
Cada año	309	84,7
Entre dos y tres años	14	3,8
Total	365	100

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia Del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En cuanto al concepto del examen de Papanicolaou, se aprecia que el 76,4% respondieron que es un “examen del cuello uterino”; mientras que solo un 2,5% de las mujeres señalan que es un “examen radiológico”.

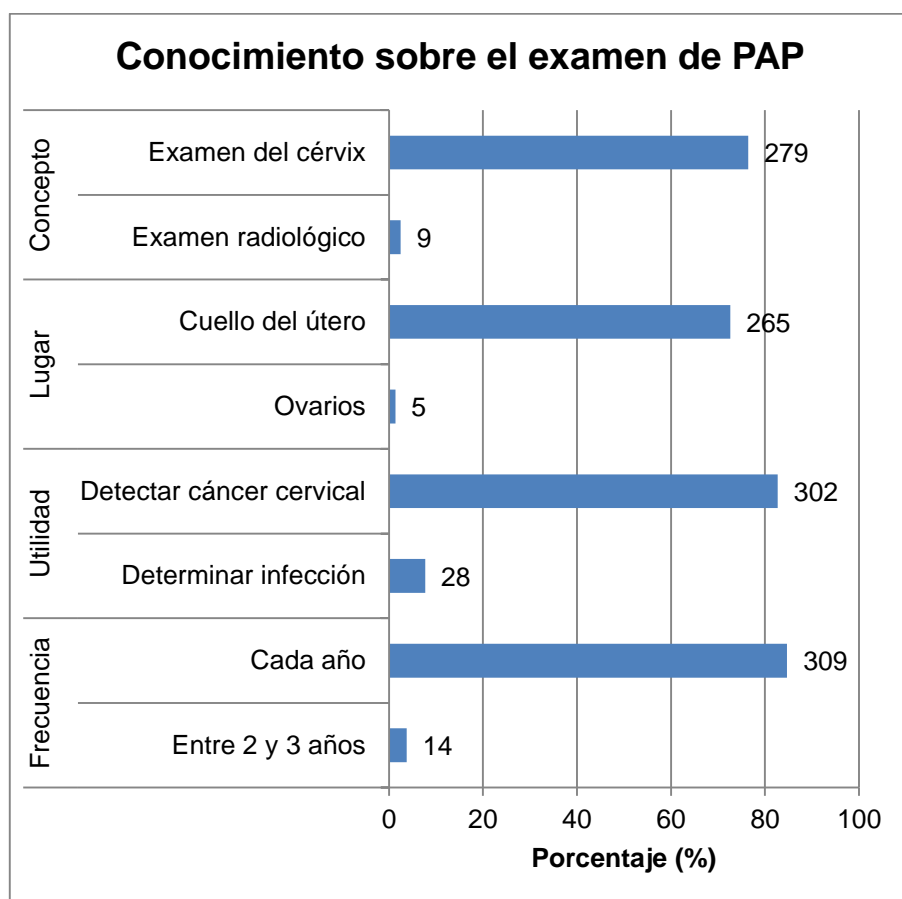
Por otro lado sobre el lugar donde se toma el Papanicolaou, se aprecia que el 72,6% respondieron “el cuello del útero”; mientras que el 1,4% de las mujeres encuestadas señalan que la prueba de Papanicolaou se toma en los “ovarios”.

En cuanto la utilidad del examen de Papanicolaou; se aprecia que el 82,7% de las mujeres señalan que se utiliza para “detectar el cáncer de cuello uterino”; el 7,7% de las respondieron que sirve para “determinar si hay una infección”.

Sobre la frecuencia del examen de Papanicolaou se aprecia que el 84,7% de los mujeres respondieron que se debe realizar “cada año”; mientras que solo un 3,8% de mujeres indican que entre 2 y 3 años.

GRÁFICO N°9

Distribución de las mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano según conocimiento sobre el examen de Papanicolaou.



Fuente: Tabla 9.

TABLA N°10

Nivel de conocimientos sobre el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	0	0,0
Regular	82	22,5
Bueno	283	77,5
Total	365	100

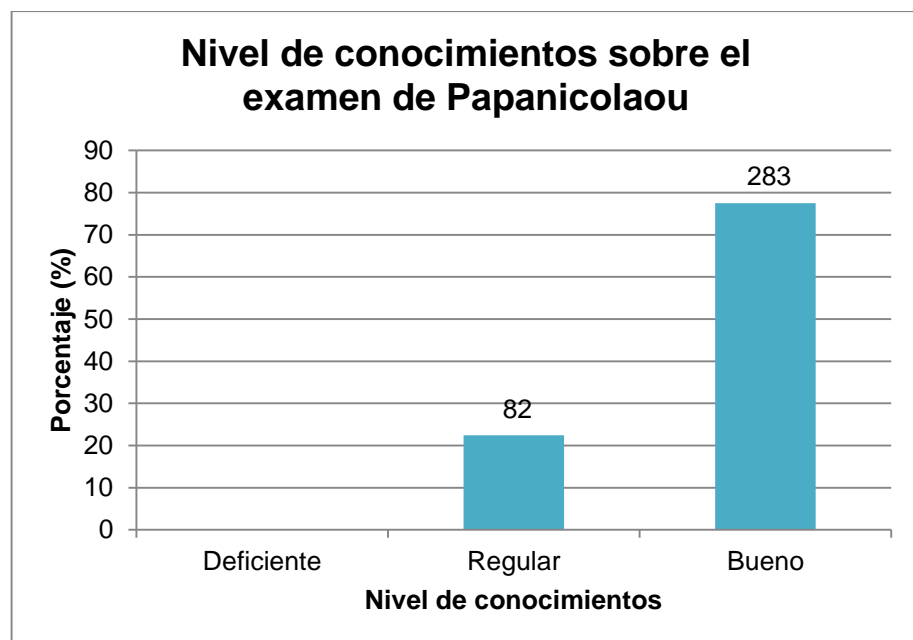
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En el presente cuadro, se aprecia que el 77,5% de las mujeres tienen un nivel de conocimientos “bueno” sobre el examen de Papanicolaou; mientras que el 22,5% de las mujeres encuestadas tienen un nivel de conocimientos “regular”.

GRÁFICO N°10

Nivel de conocimientos sobre el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.



Fuente: Tabla 10.

TABLA N°11

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según actitud sobre el examen de Papanicolaou.

Actitud sobre el examen de Papanicolaou		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Solicitó que le realicen el examen en los últimos tres años		
Si	324	88,8
No	41	11,2
Total	365	100
Considera que debe realizarse anualmente la prueba		
Si	357	97,8
No	8	2,2
Total	365	100
Motivo por el que debe realizarse el PAP en un periodo determinado		
Conocer el estado de salud	46	12,6
Detectar el cáncer a tiempo	263	72,1
Prevenir enfermedades	56	15,3
Total	365	100
Desearía saber para qué sirve y cómo se realiza el PAP		
Si	338	92,6
No	27	7,4
Total	365	100

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

Respecto a la pregunta: “¿Ha solicitado le realicen el examen en los últimos tres años?”, se aprecia que un 88,8% de las mujeres respondieron que “sí”; mientras que un 11,2% de las mujeres consideran que “no”.

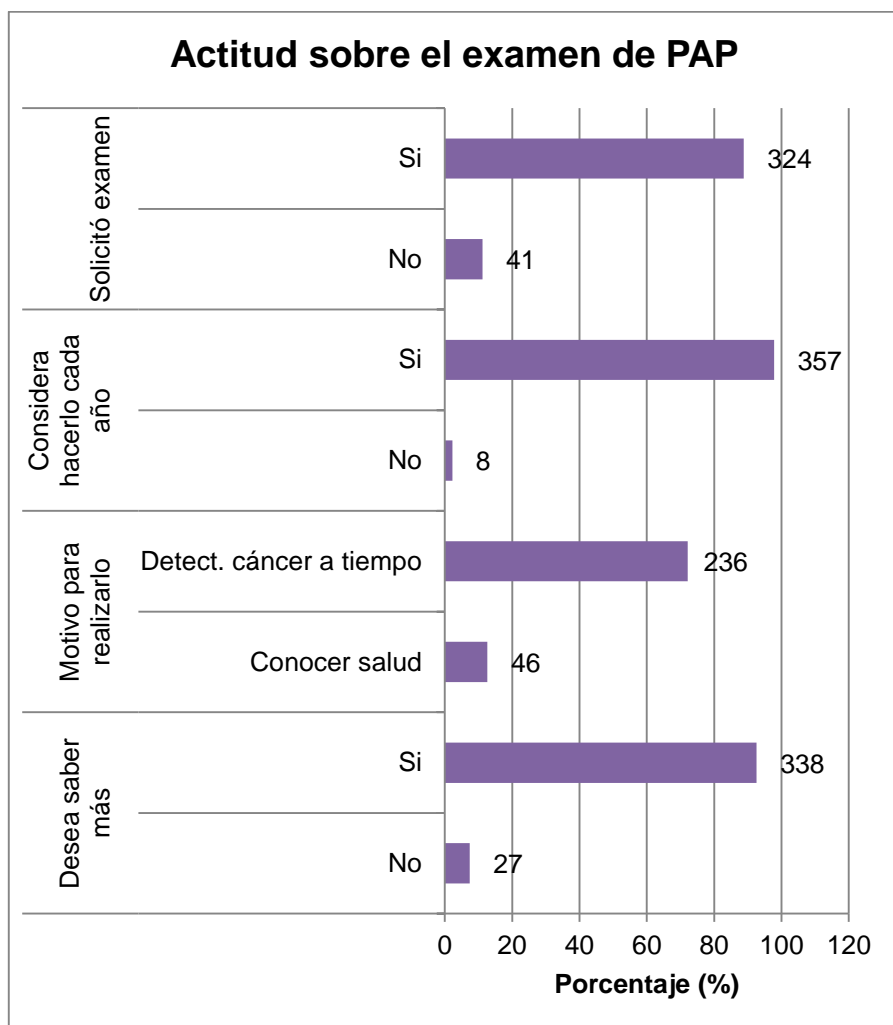
En cuanto a la pregunta “¿Considera que debe realizarse anualmente la prueba?”; el 97,8% de mujeres respondieron que “sí”; mientras que el 2,2% de las mujeres manifiestan que “no”.

Por otro lado, respecto a la pregunta “¿Por qué considera que debe realizarse la prueba en un periodo determinado?”; el 72,1% afirman que “permite detectar el cáncer a tiempo”; mientras que el 15,3% señalaron que “permite prevenir enfermedades”.

En cuanto a la pregunta “¿Desearía usted saber para qué sirve y como se realiza la prueba de Papanicolaou?”; el 92,6% de las mujeres respondieron que “sí”, mientras que el 7,4% de respondieron que “no”.

GRÁFICO N°11

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según actitud sobre el examen de Papanicolaou.



Fuente: Tabla 11.

TABLA N°12

Nivel de actitud hacia el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Nivel de actitud	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	0	0,0
Poco favorable	49	13,4
Favorable	316	86,6
Total	365	100

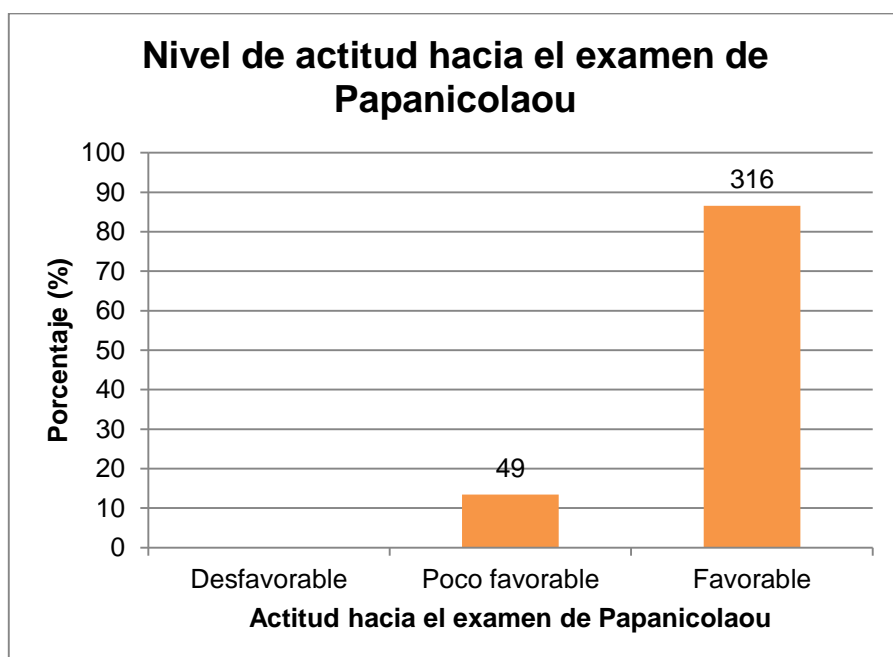
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En la presente tabla, se observa que el 86,6% de presenta una actitud “favorable” hacia el examen de Papanicolaou; mientras que el 13,4% tiene una actitud “poco favorable”

GRÁFICO N°12

Nivel de actitud hacia el examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.



Fuente: Tabla 12.

TABLA N°13

**Distribución de las mujeres que acuden al CAP III
Metropolitano, según prácticas del examen de Papanicolaou.**

Prácticas del examen de Papanicolaou		
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Se ha practicado la prueba de Papanicolaou		
Si	339	92,9
No	26	7,1
Total	365	100
Con qué frecuencia se ha practicado el PAP		
Anual	250	68,5
Cada seis meses	26	7,1
Cada tres años	17	4,7
Ocasionalmente	46	12,6
Nunca	26	7,1
Total	365	100
Motivo porque se le practicó		
Indicación médica	108	29,6
Iniciativa propia	132	36,2
Sugerencia de un tercero	99	27,1
No se realizó el PAP	26	7,1
Total	365	100
Reclamó el resultado		
Si	306	83,8
No	33	9,1
No se realizó el PAP	26	7,1
Total	365	100
Solicitó explicaciones		
Si	279	76,4
No	60	16,5
No se realizó el PAP	26	7,1
Total	365	100

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia Del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

Se aprecia que un 82,9% de las mujeres respondieron que “sí” se han practicado la prueba de Papanicolaou; mientras que un 7,1% de las mujeres respondieron que “no”.

Respecto a la frecuencia con que se realizan el PAP, el 68,5% se realiza “anualmente” la prueba, mientras que el 4,7% se realiza el examen “cada tres años”

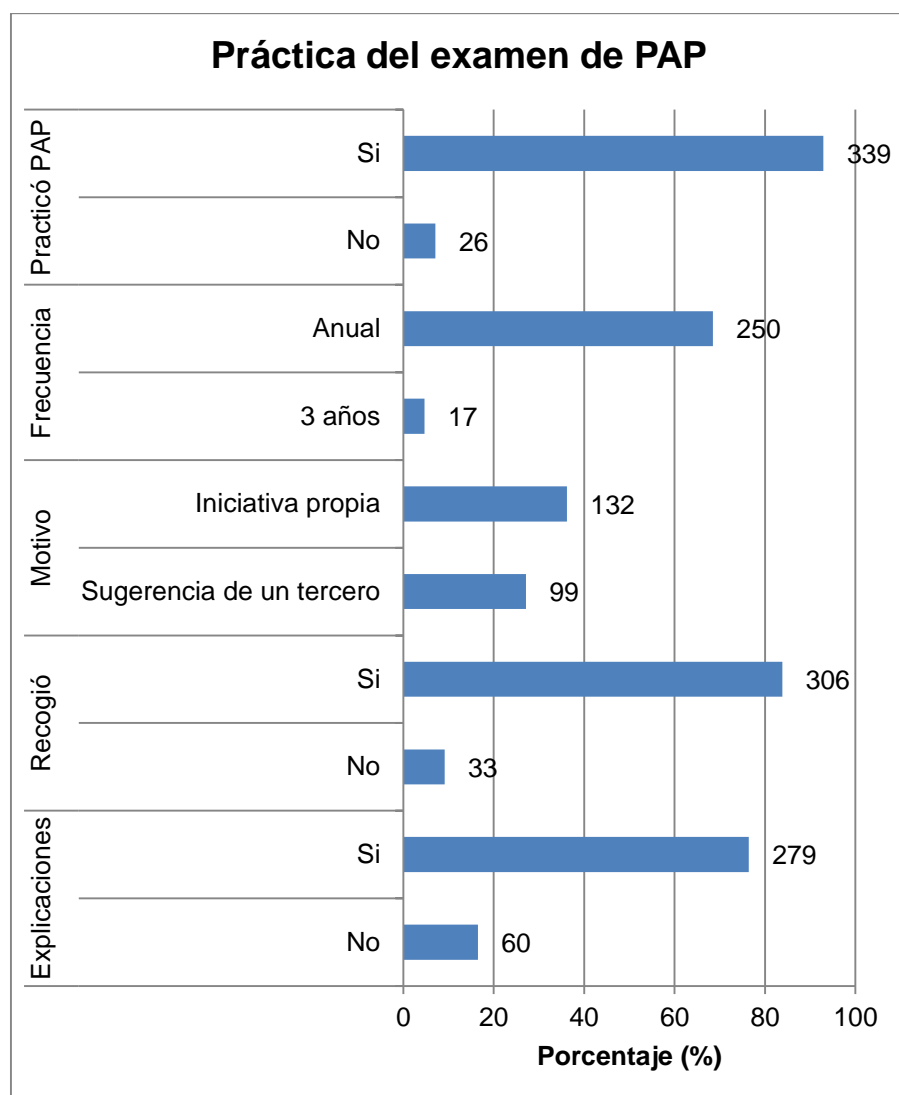
En cuanto el motivo por realizarse el PAP, el 36,2% de mujeres respondieron “por iniciativa propia”; sin embargo el 27,1% de las mujeres respondieron “por sugerencia de un tercero”.

Respecto a la pregunta, “¿Reclamó el resultado de la prueba de Papanicolaou?”; el 76,4% de mujeres respondieron que “sí”; mientras que el 16,5% respondieron que “no”.

Con respecto a si las mujeres solicitaron explicaciones del resultado del PAP; el 76,4% indicaron que “sí”; mientras que el 16,5% respondieron que “no”.

GRÁFICO N°13

Distribución de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano, según prácticas del examen de Papanicolaou.



Fuente: Tabla 13.

TABLA N°14

Nivel de prácticas del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Nivel de prácticas	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	308	84,4
Inadecuada	57	15,6
Total	365	100

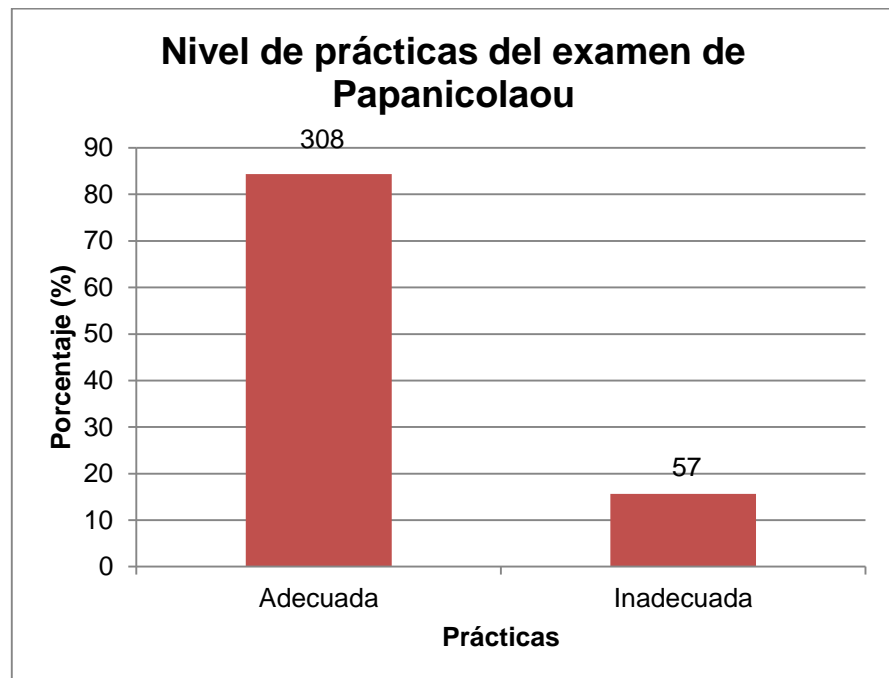
Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres que acudieron al servicio de Obstetricia del CAP III Metropolitano.

Interpretación:

En el presente cuadro, se observa que el 84,4% de las mujeres encuestadas tienen prácticas adecuadas, mientras que el 15,6 % tiene prácticas inadecuadas.

GRÁFICO N°14

Nivel de prácticas del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.



Fuente: Tabla 14.

TABLA N°15

Relación entre nivel de conocimientos con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Nivel de conocimientos		Práctica		Total
		Inadecuada	Adecuada	
Regular	N°	23	59	82
	%	40,4	19,2	22,5
Bueno	N°	34	249	283
	%	59,6	80,8	77,5
Total	N°	57	308	365
	%	100	100	100

Chi-cuadrado de Pearson: 12.405

gl: 1

P: 0,000

Fuente: reporte de SPSS

Interpretación:

Dado que el p-valor es menor que 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación significativa entre el nivel de conocimientos y la práctica del examen de Papanicolaou.

TABLA N°16

Relación entre la actitud y la práctica de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Actitud		Práctica		Total
		Inadecuada	Adecuada	
Poco favorable	N°	28	21	49
	%	49,1	6,8	13,4
Favorable	N°	29	287	316
	%	50,9	93,2	86,6
Total	N°	57	308	365
	%	100	100	100

Chi-cuadrado de Pearson : 74.065

gl: 1

P: 0,000

Fuente: reporte de SPSS

Interpretación:

Dado que el p-valor es menor que 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación significativa entre la actitud y la práctica del examen de Papanicolaou.

TABLA N°17

Relación entre el nivel de conocimientos y actitud vs. la práctica de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.

Nivel de conocimientos y actitud		Práctica		Total
		Inadecuada	Adecuada	
Deficiente	N	23	14	37
	%	40,4	4,5	10,1
Regular	N	30	136	166
	%	52,6	44,2	45,5
Bueno	N	4	158	162
	%	7,0	51,3	44,4
Total	N	57	308	365
	%	100	100	100

Chi-cuadrado de Pearson : 82.840

gl: 2

P: 0,000

Interpretación:

Dado que el p-valor es menor que 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, por lo que se tiene evidencia a favor de una asociación significativa entre el nivel de conocimientos y actitud, con la práctica del examen de Papanicolaou.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, observamos que casi la mitad de las mujeres encuestadas tienen entre 30 a 44 años de edad, comparable con el estudio de Seminario (2010, Lima), donde la media de edad de las mujeres estudiadas fue de 33,5 +/- 7,6 años. Comparando con la investigación de Ticona (2009, Tacna); cuya población es de la provincia de Tacna, distrito de Ciudad Nueva; observamos que el 57,5% de esta población tiene entre 30 a 49 años, similar a las edades de la población del presente estudio. Más de la mitad de las mujeres (60,5%) del presente estudio están casadas; en la investigación de Ticona, podemos apreciar algo similar, ya que aproximadamente la mitad de mujeres presentaron un estado civil de casada (49,2%). Contrario al estudio de Ramirez (2014, Argentina) donde el 52,5% son solteras.

En lo que corresponde al nivel de escolaridad; apreciamos que aproximadamente la mitad de mujeres encuestadas tiene educación universitaria o técnica, y un tercio tiene educación secundaria; lo cual representa un buen nivel de escolaridad en la población encuestada. Similar es el nivel de escolaridad de la población de estudio de Seminario, ya que el 29,6% tienen secundaria y 65,2%, estudios

superiores. Muy diferente al estudio de Ticona; donde más de la mitad tiene educación primaria y aproximadamente un tercio de las investigadas tiene educación secundaria; halló asociación entre el nivel de instrucción con la práctica de Papanicolaou ($p=0,03$), y menciona que un mayor porcentaje de participación estaría relacionado con niveles educativos altos, los cuales influyen hacia la práctica de Papanicolaou.

En lo que refiere a la ocupación de la población estudiada; casi una tercera parte (28,5%) son amas de casa; un poco más de la cuarta parte de la población (26,8%) son empleadas u obreras; y una pequeña parte de la población está desocupada (7,9%). Sin embargo el 63,6% de las encuestadas; sin incluir a las desocupadas y amas de casa; traen un aporte económico a su hogar. En el estudio de Delgado (Perú, 2015) el 69,6% de mujeres es ama de casa y luego el 13,6% ejercen otra ocupación, siendo diferente a las estadísticas del presente estudio. Sin embargo en el estudio de Palma (Perú, 2011), observamos que el 54,8% de mujeres son amas de casa y el 40,7% trabajan.

En cuanto al número de hijos, las mujeres de la población estudiada, en su mayoría (51,8%) tienen entre 1 a 2 hijos; comparando

con la población investigada por Ticona, en la que el 45% tiene entre 3 a 4 hijos; existe diferencia a pesar de ser población de la misma provincia de Tacna. Apreciamos algo parecido en el estudio de Palma (Perú, 2011), donde el 56% tiene entre 1 y 2 partos. Palma plantea en su estudio el limitar el número de gestaciones o partos como una práctica de prevención del cáncer cervicouterino, teniendo mayor riesgo aquellas mujeres que tuvieron dos o más hijos.

Entre los 14 a 20 años (64,9%), las mujeres del presente estudio iniciaron su primera relación sexual; lo que se asemeja a la edad de inicio de primera relación coital en el estudio de Ticona, donde el 56,7% tuvo su primera relación coital entre los 15 a 19 años. En la investigación de Palma J. (Lima, 2011), presenta el retraso del inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años como una medida de prevención del cáncer cervicouterino, donde solo el 26,9% de la población que estudió lo hizo; comparando con nuestro estudio el 35,1% inicio su vida sexual después de los 20 años.

Por otro lado, respecto a los métodos anticonceptivos; observamos que las mujeres estudiadas, en su mayoría no utilizan algún método anticonceptivo, lo cual es insólito, ya que el total de la

población estudiada cuenta con el seguro social, y podrían acceder fácilmente a la anticoncepción. Palma, en su estudio presenta el uso del condón en cada relación sexual como una práctica de prevención, solo el 12,2% de su población realiza esta práctica, mientras que el 67,8% nunca lo hace.

En cuanto al nivel de conocimientos; la mayoría de las encuestadas obtuvo un nivel de conocimientos bueno (77,5%), destacando de esta manera la eficacia de las actividades de promoción de la lucha contra el cáncer ginecológico que se ofrece en el CAP III Metropolitano; de las cuales destacan las charlas que se ofrecen a pacientes que acuden al establecimiento. En el estudio de Seminario, el nivel de conocimientos fue alto solo en 44,8% de las mujeres. Igualmente en el estudio de Carrasco (Tarapoto, 2011), el 50,4% de su población obtuvo un nivel de conocimientos alto.

Con respecto a las actitudes, se encontró que el 86,6% de las mujeres tiene una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou, similar a lo encontrado por Ticona, en donde casi la totalidad de mujeres presentaron una actitud favorable (82,5%); también encontró asociación entre la actitud y la práctica del examen de Papanicolaou

($p=0,001$). En el estudio de Delgado encontramos lo contrario, donde el 39,5% tiene actitud favorable.

Respecto a la práctica del examen de Papanicolaou de las encuestadas, casi en su totalidad, representado por 92,9% de las mujeres, se han practicado el Papanicolaou de una a más veces en su vida. El 68,5% de las encuestadas se realizan el examen anualmente; un porcentaje de 38,9% de la población se realizó el examen por iniciativa propia y casi en su totalidad reclamaron el resultado (90,3%). Contrastando con Ramírez, donde el 93,5% de las mujeres si se practicaron el PAP por lo menos una vez, el 75% lo realiza anualmente, el 59,5% se realiza el examen por iniciativa propia, y el 85,5% de su población siempre reclama los resultados; lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en nuestra población.

Por otro lado, la práctica de Papanicolaou en la población del presente estudio fue adecuada en un 84,4 %, representando a la mayoría de ellas. Lo anterior descrito demuestra la efectividad de las actividades de la campaña contra el cáncer ginecológico (charlas, captación de las pacientes) que siempre se realiza en el CAP III Metropolitano. Se halló relación entre el nivel de conocimientos,

actitudes y prácticas respecto al examen de Papanicolaou en las mujeres que acudieron al CAP III Metropolitano. En el estudio de Ticoná, observamos una situación distinta, ya que el 63,3% de las mujeres de tal estudio presenta prácticas inadecuadas; lo cual se puede atribuir a que dicho estudio se desarrolló en población que tiene un nivel educativo bajo (50,8% tiene primaria, y 10,8% sin estudios) y dificultades para el conocimiento y acceso a los programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Observamos otra situación en la investigación de Seminario, donde el 61,2% de mujeres tiene prácticas incorrectas, a pesar de que las mujeres de este estudio presenten un nivel educativo bueno, representado por 65,2% con estudios superiores; nivel de conocimientos alto en 44,8%, y actitudes desfavorables en 52,6%. El principal motivo de no haberse realizado o no volverse a realizar el PAP en las mujeres de este caso fue por falta de tiempo, entre otras causas se encontró la preferencia de las mujeres de que el profesional sea mujer y el temor al dolor.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos se asocia significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano ($p < 0,05$). Lo que significa que aquellas mujeres que tienen conocimientos buenos tienen mayor probabilidad de tener prácticas adecuadas.
2. La actitud se asocia significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano ($p < 0,05$). Esto demuestra que mientras mejor sea la actitud hacia el Papanicolaou de las mujeres, mayor será la probabilidad de tener prácticas adecuadas.
3. El nivel de conocimientos es bueno (77,5%), la actitud es favorable (86,6%) y las prácticas son adecuadas (84,4%) en las mujeres que acuden al Centro Asistencial Primario III Metropolitano.

RECOMENDACIONES

1. Captar a las mujeres sin despistaje de cáncer de cuello uterino en el tiempo determinado, que asistan por atención de salud y derivarlas al consultorio para la toma de Papanicolaou.
2. Desarrollar campañas educativas y radiales a fin de lograr un mayor porcentaje de la población con conocimientos altos y que la población femenina tome responsabilidad de su salud, en especial la prevención de cáncer de cuello uterino.
3. Realizar convenios con instituciones educativas para desarrollar y/o fortalecer programas educativos sobre prevención de cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esquivel GM, Alberto J, et al. Cáncer Cervicouterino. ONCO GUÍA [Internet]. 2011 [citado 20 Oct 2017]; 22:6–62. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324533.pdf>
2. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. 2013.
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma técnico-oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. 2008.
4. MINSa. Análisis de Situación de Salud, Tacna 2014.
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Casos nuevos de cáncer en el INEN del 2006 al 2015. 2015.
6. MINSa. Análisis de la situación del cáncer en el Perú [Internet]. 2013 [citado 20 Oct 2017]; 1-108. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
7. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2014.
8. Urrutia T. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino - Auge del servicio de salud metropolitano Sur

- oriente. 2010;75(5):9–284.
9. Figueroa N. Conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio de Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2010 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>
 10. Ramírez E. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en la población de mujeres trabajadoras de la Facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional de la Plata [Internet]. 2014 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45145/Documento_completo.pdf?sequence=1
 11. Huamaní C, Hurtado A, Guardia M, Roca J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lina, Perú. 2008;25(1):44–50.
 12. Gutiérrez C. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino en mujeres peruanas en edad fértil. 2010.
 13. Seminario M, Chero D, et. al.. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del distrito

de Chiclayo,2010. 2010;4(2):8–94.

14. Carrasco J, Valera L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la urbanización Las Palmeras en el distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011 [Internet]. Universidad Nacional de San Martín; 2011 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectos/archivo_48_Binder1.pdf
15. Palma J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra, San Juan de Miraflores; de enero a marzo del año 2011.
16. Delgado Aguayo J. 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. 2015.
17. Ticona Chambilla G. Factores sociodemográficos y la actitud asociados a la práctica del Papanicolou en mujeres de 18 a 54 años del mercado zonal de Ciudad Nueva, Tacna, 2009 [Internet]. 2011 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.unjbg.edu.pe/institucion/historia.php>
18. Luque J. El conocimiento. Departamento de Tecnología y

- Electrónica de la Universidad de Sevilla [Internet]. 1993 [citado 20 Oct 2017];4. Disponible en: [http://personal.us.es/jluque/Libros y apuntes/1994 Conocimiento.pdf](http://personal.us.es/jluque/Libros_y_apuntes/1994_Conocimiento.pdf)
19. Puente A. Aprendizaje cognitivo. 2002:70–2.
 20. Jaén M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009. 2009.
 21. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Actitudes: Definición Y Medición. Psicol Soc Cult y Educ [Internet]. 2004 [citado 20 Oct 2017]; Disponible en: <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
 22. Pecho M. Efectividad de un programa educativo en el mejoramiento del conocimiento y calidad de las anotaciones de enfermería en el Hospital Regional de Ica - 2003. 2003;
 23. Briñol P, Falces C, Becerra A. Actitudes. Psicol Soc [Internet]. 2007 [citado 20 Oct 2017]; 457–90. Disponible en: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
 24. Chavera B. Una aproximación al concepto de práctica en la formación de profesionales en Educación Física. Universidad Antioquia [Internet]. 2003; Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf>

25. Aranda C. Prevención primaria del cáncer cervicouterino. 2009;
26. Schiffman M, Castle PE, et. al.. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet (Londres, Inglaterra) [Internet]. 2007 S[citado 20 Oct 2017];3:80–97. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826171>
27. Organización Mundial de la Salud. Control del Cancer Carvical. WHO Libr Cat Data [Internet]. 2014 [citado 20 Oct 2017];37–43. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/>
28. MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. 2016.
29. Seguro Social de Salud. Detección temprana del cáncer de cuello uterino en ESSALUD. 2016.
30. Ministerio de Salud. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina [Internet]. 2005 [citado 20 Oct 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/846_MS-INS-NT43.pdf
31. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Definiciones operacionales y criterios de programación del programa estratégico: prevención y control del cáncer. 2011.
32. Pita S. Tipos de estudios clínico epidemiológicos. 2001.

33. Saona P. Clasificación del cáncer. 2006;19–25. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A05V52N4.pdf
34. Calderón R. Informe Extra Hospitalario CAP III Metropolitano. 2016.
35. Cuesta M, Herrero F. Introducción Al Muestreo. Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo [Internet]. 2000 [citado 20 Oct 2017];1–9. Disponible en: <http://mey.cl/apuntes/muestrasunab.pdf>
36. Quiroz R. Resultados de la investigación. [Internet]. 2004 [citado 20 Oct 2017];1–9. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/Quiroz_P_R/Cap5.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

ESTUDIO: NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE ACUDEN AL CAP III METROPOLITANO ESSALUD, TACNA – 2016.

Fecha: Día ____ Mes: ____ año: ____ Nº ____

DATOS DE LA ENCUESTADA

BLOQUE 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y SALUD SEXUAL

1. Edad ____ en años cumplidos
2. Estado civil: Soltera
1 Casada 2 Viuda 3 Soltera 4 Conviviente 5 Separada
3. ¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad?
1 Ninguna 2 Primaria 3 Secundaria 4 Técnica 5 Universitaria
4. Ocupación:
1 Ama de casa 2 Empleada/obrero 3 Trabajadora independiente
4 Desocupada 5 Jubilada 6 Otra : Cual? _____
5. ¿Cuántos hijos tiene? _____
6. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____
7. ¿A qué edad inicio su vida sexual? _____
8. ¿Qué método anticonceptivo usa? _____

BLOQUE 2: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

9. La prueba de Papanicolaou es: 1 Examen de sangre 2 Examen del cuello del útero 3 Examen radiológico 4 Un examen médico 5 No sé
10. La prueba de Papanicolaou se toma en: 1 Cuello de útero 2 Vagina 3 Ovarios 4 No sé
11. ¿La prueba de Papanicolaou sirve para?: 1 Detectar el cáncer de cuello uterino 2 Para saber si hay una infección 3 Para saber si hay inflamación 4 Para saber si se tiene alguna enfermedad 5 No sé
12. Frecuencia con que se debe realizar el examen: 1 Mensual 2 Cada seis meses 3 Cada año 4 Entre dos y tres años 5 No sé

BLOQUE III: ACTITUDES FRENTE A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

13. ¿Ha solicitado le realicen el examen en los últimos tres años?: Si No
14. ¿Considera que debe realizarse anualmente la prueba? : Si No
15. ¿Porque considera que debe hacerse la prueba en un periodo de tiempo determinado?

- 1 Es necesario que uno conozca su estado de salud
- 2 Permite detectar el cáncer a tiempo
- 3 Permite prevenir enfermedades
- 4 Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita
- 5 No sabe/No responde

16. ¿Desearía usted saber para qué sirve y como se realiza la prueba de Papanicolaou?: Si No

BLOQUE IV: PRACTICAS

17. Se ha practicado la prueba de Papanicolaou: Si No
18. ¿Con que frecuencia se la ha practicado?
- 1 Anual
 - 2 Cada seis meses
 - 3 Cada tres años
 - 4 Ocasionalmente
 - 5 Nunca

Si la respuesta es nunca, de por terminada la encuesta

19. ¿Porque se la practicó?
- 1 Por indicación médica
 - 2 Por iniciativa propia
 - 3 Por sugerencia de un tercero

20. ¿Reclamó el resultado?: Si No

Si la respuesta es afirmativa, continúe la encuesta, sino dela por terminada

21. ¿Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al personal de salud?:
Si No

Elaborado por: Julio Delgado Aguayo en el estudio: “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, 2015”

ANEXO 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODOS
<p>Problema general</p> <p>¿De qué manera el nivel de conocimientos y actitud se asocian con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>- ¿De qué manera el nivel de conocimientos se asocia con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano?</p> <p>- ¿De qué manera la actitud se asocia con las prácticas del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el nivel de conocimientos y actitud asociados a la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>- Determinar el nivel de conocimientos asociado a la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano.</p> <p>- Determinar la actitud asociada a la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano..</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>El nivel de conocimientos y actitud se asocian significativamente con la práctica del examen de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>-El nivel de conocimiento se asocia significativamente con la práctica de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano</p> <p>-La actitud se asocia significativamente con la práctica de Papanicolaou de las mujeres que acuden al CAP III Metropolitano</p>	<p>Variable independiente</p> <p>- Nivel de conocimientos sobre el examen de PAP</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Definición del PAP •Ubicación del PAP •Utilidad del PAP •Frecuencia del PAP <p>- Actitud hacia el examen de PAP</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ha solicitado la prueba •Considera que debe realizarse anualmente •Porque debe hacerse la prueba •Desea saber para qué sirve y como se realiza <p>Variable dependiente</p> <p>- Prácticas del examen de PAP</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Se realizó la prueba •Frecuencia con que se realiza •Porque lo hizo <ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa propia - Indicación médica - Sugerencia tercero •Reclamo el resultado •Solicita explicaciones sobre el resultado 	Cuantitativo