



**MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

TESIS

FACTORES SOCIOCULTURALES, ECONÓMICOS Y LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CIUDAD DE JAÉN.

Por:

Norma Gloria Farro Zevallos

Asesora:

Marina Violeta Estrada Pérez

Jaén, Perú

Setiembre de 2014

COPYRIGHT© 2014 by
NORMA GLORIA FARRO ZEVALLOS
Todos los derechos reservados



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

FACTORES SOCIOCULTURALES, ECONÓMICOS Y LA
CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL DE LA CIUDAD DE JAÉN.

Por: Norma Gloria Farro Zevallos

Comité Científico:

Dra. Albila B. Dominguez Palacios
Presidente del Comité

Dra. Elena vega Torres
Primer Miembro Titular

M.Cs. Francisca E. Díaz Villanueva
Segundo Miembro Titular

M.Cs. Amelia Valderrama Soriano
Miembro Accesitaria

Dra. Marina V. Estrada Pérez
Asesora

Setiembre, de 2014

A:

Mi esposo Adler y a mis hijos Diego, Gabriel y Bianca por contribuir a mi desarrollo profesional, por su admirable paciencia y comprensión en los momentos más difíciles, por ser fuente de inspiración y orgullo.

Norma Gloria Farro Zevallos

CONTENIDO

Ítem	Página
AGRADECIMIENTOS.....	vii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	viii
LISTA DE ABREVIACIONES.....	x
GLOSARIO.....	xi
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Antecedentes de la Investigación.....	5
1.2. Base Teórica.....	15
1.2.1. Factores socioculturales (SC) y económicos.....	15
1.2.2. Citología cérvico uterina (papanicolau).....	20
1.2.3. Teorías sobre el tema.....	27
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....	35
2.1. El Contexto.....	35
2.2. Tipo y diseño de la investigación.....	37
2.3. Unidad de análisis, población y muestra.....	37
2.4. Hipótesis, variables e indicadores.....	39
2.5. Técnicas y procedimiento para la recolección de datos.....	40
2.6. Procesamiento y análisis de la información.....	41

2.7. Aspectos éticos.....	42
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
3.1. Porcentaje de realización de la citología cervico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén.....	43
3.2. Factores socioculturales en mujeres en edad fértil y la citología cervical de la ciudad de Jaén	45
3.3 Factores económicos en mujeres en edad fértil y la citología cervical en la ciudad de Jaén	62
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	76

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por darme la vida y fortaleza durante estos dos años en los que he tenido la oportunidad de crecer, a nivel profesional y personal.

A la Dra. Marina Estrada Pérez asesora de la presente investigación por su paciencia, rigurosidad, y disposición siempre que la he necesitado.

A Las Autoridades y docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca por habernos ofrecido la oportunidad de realizar la Maestría en Salud Pública y por la ayuda prestada a todo nivel.

A la Dra. Albila Domínguez Palacios y Dra. Elena Vega Torres, por su ayuda metodológica y colaboración.

A todas las mujeres que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, sin su colaboración no hubiese podido concretar mi trabajo de tesis.

A mis compañeros de clase con los que hemos compartido penas y alegrías.

LISTA DE ILUSTRACIONES

		Página
Gráfico 1	Citología cervical en mujeres en edad fértil. Jaén, 2012.....	43
Gráfico 2	Citología cervical en mujeres en edad fértil según edad. Jaén, 2012.....	45
Gráfico 3	Citología cervical en mujeres en edad fértil según estado civil. Jaén, 2012.....	48
Gráfico 4	Citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil según grado de instrucción. Jaén, 2012.....	49
Gráfico 5	Citológica cervical en mujeres en edad fértil según lugar de ejecución de la muestra. Jaén, 2012.....	51
Gráfico 6	Citológica cervical en mujeres en edad fértil según fuente de información. Jaén, 2012.....	52
Gráfico 7	Mujeres en edad fértil según conocimiento sobre quienes deben hacerse la prueba citológica. Jaén, 2012.....	54
Gráfico 8	Conocimiento acerca de la frecuencia de la citología cervico uterina en Mujeres en edad fértil. Jaén, 2012.....	55
Gráfico 9	Mujeres en edad fértil según conocimiento acerca de la utilidad de la prueba citológica. Jaén, 2012.....	56
Gráfico 10	Mujeres en edad reproductiva según edad de la primera relación sexual, y la citología cervical. Jaén.....	57

Gráfico 11	Aspectos socioculturales: Razones por las que las mujeres en edad fértil no se realizaron la prueba citológica. Jaén, 2012.....	60
Gráfico 12	Mujeres en edad fértil según estrato económico y la realización de la citología cervical. Jaén, 2012.....	62
Gráfico 13	Mujeres en edad fértil por ingreso económico y la realización de la citología cervical. Jaén, 2012.....	64

LISTA DE ABREVIACIONES

CACU:	Cáncer de cuello uterino
VPH:	Virus del papiloma humano
MINSA:	Ministerio de Salud
PAP:	Papanicolau
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SIDA:	Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida
IEC:	Información, educación y comunicación
PDOC:	Programa de atención del cáncer de cuello uterino
CIN – 1:	Displasia leve
CIN – 2:	Displasia moderada
CIN – 3:	Displasia grave
CIS:	Carcinoma in situ
MCS:	Modelo de creencias en salud
SC:	Socioculturales

GLOSARIO

Cáncer de cuello uterino:	Es el cáncer invasor del cuello del útero, ocurre cuando las células anormales penetran con mayor profundidad el cuello del útero u otros tejidos u órganos.
Carcinoma in situ:	Es el cáncer pre-invasor que involucra solamente las células superficiales y no se ha extendido a tejidos más profundos.
Edad:	Es el tiempo de vida de la mujer en estudio, que corresponde desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta, medido en años calendario.
Estado civil:	Condición social de unión conyugal legal de la persona, que define la situación actual de la vida conyugal de la mujer.
Grado de instrucción:	Corresponde al grado académico o año de estudios máximo aprobado por la mujer encuestada.
Lugar de procedencia	Características de infraestructura, ornato y belleza del lugar donde vive actualmente la mujer entrevistada.
Ocupación:	Trabajo o labor que desempeña la mujer encuestada en la mayor parte de su tiempo, remunerado o no.

- Papanicolau:** También llamado citología del cuello de útero es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.
- Nivel socio económico y cultural:** Categoría social, económica y cultural de la persona que se mide de acuerdo a ciertos parámetros establecidos.

RESUMEN

La presente investigación “*Factores socioculturales, económicos y la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la zona urbana de la ciudad de Jaén*”, surge de la necesidad de conocer aquellos aspectos que condicionan la realización de la citología cervical dada su importancia en la prevención del cáncer de cuello uterino, enfermedad neoplásica más frecuente y de mayor mortalidad en mujeres en edad reproductiva. Por ello se planteó como objetivo general: Determinar la relación entre los factores socioculturales, económicos y la realización de la citología cervical en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén. El diseño metodológico fue de carácter cuantitativo, la investigación es de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 370 mujeres, a quienes se les aplicó un cuestionario semi estructurado. Se concluyó que: Una alta proporción de mujeres en edad fértil en la ciudad de Jaén se realizaron la citología cérvico uterina; existe relación significativa entre los factores socioculturales y la realización del tamizaje cérvico uterino ($p<0,05$). La edad y el nivel de escolaridad se constituyen en barreras de tipo social para la realización del tamizaje. Además, el temor a los resultados, el dolor durante el examen, la falta de interés y la escasa información, son aspectos que al actuar sinérgicamente retrasan o impiden que las mujeres se realicen el tamizaje; así mismo, el estudio encontró asociación estadística entre el nivel económico y la citología cervical ($p<0,05$), las mujeres con bajo nivel económico tienen mayor tendencia a no realizarse el tamizaje a diferencia de las mujeres de nivel socioeconómico alto.

Palabras Clave: Citología cervical, papanicolau, prevención del cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

This research "sociocultural, economic factors and uterine cervical cytology in women of childbearing age in the urban area of the city of Jaen", arises from the need to know those aspects that affect the performance of cervical cytology given its importance in the prevention of more frequent and higher mortality in women of reproductive age in cervical cancer, neoplastic disease. It was therefore proposed as a general objective: To determine the relationship between socio-cultural, economic and performing cervical cytology in women of childbearing age in the city of Jaen. The methodological design was quantitative, research is a descriptive cross-sectional. The sample consisted of 370 women who were administered a semi-structured questionnaire. It was concluded that: A high proportion of women of childbearing age in the city of Jaén uterine cervical cytology were performed; There is significant relationship between sociocultural factors and implementation of cervical screening ($p < 0.05$). Age and level of education constitute barriers for conducting social type of screening. Moreover, the fear of the results, the pain during the test, lack of interest and escaza information, are aspects that act synergistically to delay or prevent women from screening are performed; also, the study found a statistical association between economic status and cervical cytology ($p < 0.05$), women with low economic status are more likely to not be at the screening unlike women of high socioeconomic status.

Keywords: cervical cytology, pap smears, prevention of cervical cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica y para los organismos de salud. El cáncer de cuello uterino (CaCu) tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina. A pesar de los avances en la prevención y detección, éste continúa siendo una gran amenaza para la salud de las mujeres; en la actualidad, por año se constatan aproximadamente 150,000 muertes en todo el mundo, lo que representa el 15% de todas las variedades de cáncer diagnosticados en la mujer y el segundo tipo de cáncer más común en el sexo femenino.^{1,2}

El carcinoma del cuello uterino es más frecuente en las mujeres de los países subdesarrollados, el 80% son mujeres que viven en países pobres o en desarrollo, con amplias variaciones entre las naciones y dentro de ellas Perú tiene la más alta incidencia a nivel mundial 535/100,000, le sigue Colombia (Cali) 180/100,000 y Canadá (Quebec) 70/100,000.^{2,3}

En los últimos años, el descubrimiento de la asociación causal entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino ha permitido el desarrollo de nuevas tecnologías (test de ADN-VPH y la vacuna contra el VPH) que han abierto nuevas perspectivas para la prevención. La mayor sensibilidad y el mayor valor predictivo negativo del test de VPH con respecto a la citología reducen la cantidad de tamizajes que la mujer debe realizarse. Sin embargo, el desarrollo de la tecnología no reduce por sí misma la incidencia y mortalidad del CaCu que afecta mayormente a las mujeres pobres,

con menor nivel educativo y con menor acceso a los servicios de salud, y a la tecnología de punta.⁴

El éxito en la prevención y todos los esfuerzos desplegados se ven afectados en su cobertura y eficacia por ciertas características socioeconómicas y demográficas de la población objetivo. Así, en Latinoamérica, a pesar de existir programas de citología cervical (papanicolau), la mortalidad de cáncer de útero se ha ido incrementando.⁵

En el Perú, debido a la idiosincrasia de la mujer, ésta no se realiza el examen de papanicolau, situación que es variable de acuerdo a la localidad y el status económico y social, si bien no se conoce con exactitud el número de mujeres de los estratos socioeconómicos deprimidos que desarrollan la enfermedad, estudios revelan que son las más vulnerables; se estima que más de la mitad de los casos son detectados cuando se encuentran en estadios avanzados, lo que reduce la posibilidad de curarlos y aumenta el riesgo de muerte.³

En el distrito de Jaén, se carece de información respecto a los casos de cáncer cérvico uterino, tanto en mujeres de zona urbana como en el ámbito rural. Así, las estadísticas del Ministerio de Salud (MINS) y EsSalud, permiten solamente estimar la población de mujeres en edad fértil que son atendidas en la jurisdicción del distrito.

Durante el ejercicio profesional en el servicio de ginecología se observó que existe una baja demanda del test de papanicolau, identificándose diversas barreras que impedirían el acceso de las mujeres a este servicio, principalmente de tipo psicológicas, de acceso geográfico y económico, pudiendo también influir aquellas que tienen su

origen en errores de información respecto a creencias de que el papanicolau es sólo para mujeres jóvenes, y por el pudor producto de la falta de privacidad o confianza con el profesional.

Por lo expuesto anteriormente se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación entre los factores socioculturales, económicos, y la realización de la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén, 2012?

El objetivo general de la investigación fue: Determinar la relación entre los factores socioculturales, económicos y la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén. Y los **objetivos Específicos** estuvieron encaminados A: i) Identificar el porcentaje de realización de citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén; ii) Describir los factores socioculturales en mujeres en edad fértil que interfieren en la realización de la citología cérvico uterina; e iii) Describir los factores económicos que se relacionan con la ejecución de la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén.

Los resultados de la investigación son de gran utilidad porque no existen trabajos similares en la zona, podrá servir de referencia para los estudiantes de las carreras profesionales de la salud, profesionales a fines e instituciones y organizaciones que se interesen en mejorar su nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del distrito de Jaén; asimismo, permitirá al personal de salud elaborar propuestas educativas que empodere a las mujeres para la toma del despistaje del cáncer ginecológico de manera autónoma y de esta manera

disminuir la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino, si consideramos que el test de papanicolau, sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para cribado de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.

Para una mejor comprensión, el estudio se ha organizado de la siguiente manera:

La introducción; la misma que describe el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación así como la justificación del estudio; *Capítulo I*: recoge los antecedentes del estudio, la base teórica que pone énfasis en las variables objeto de estudio: factores socioculturales y económicos que condicionan la realización de la citología cérvico uterina y teorías sobre el tema; *Capítulo II*: incluye el marco metodológico, donde se señala, el contexto, tipo y diseño de estudio, población, muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, hipótesis, variables, técnicas y procedimiento de recolección de datos, el procesamiento y análisis de la información; *Capítulo III*: presenta los resultados y discusión; el *Capítulo IV*: contiene las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.3. Antecedentes de la Investigación

Castillo, et al⁶ al estudiar los Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico uterina por mujeres de Cartagena. Colombia; 2013, reportó que del total de mujeres encuestadas el 99% ha oído hablar sobre la citología cérvico uterina, entre las cuales el 85,9% se la ha practicado por lo menos una vez. Solo el 39,8% de las mujeres participantes cumplen con el esquema 1-1-3 establecido por la norma técnica nacional. Las variables que explican el uso adecuado de la citología por parte de las mujeres de Cartagena son: ser mayor de 29 años (OR: 2,1 - IC: 1,3-3,4), reclamar el resultado (OR: 2,5 - IC: 1,1-5,7), tener un resultado anormal (OR: 0,5 - IC: 0,2-0,9) y pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación en salud (OR: 0,5 - IC: 0,4-0,8). Concluyen que los factores asociados al uso de la citología en mujeres de la ciudad de Cartagena, de acuerdo al esquema propuesto por la norma técnica nacional, se explica por factores demográficos, económicos y sociosanitarios.

Barrientos, et al⁷ en el estudio “Factores que influyen en la falta de realización de citología en mujeres sexualmente activas en la Comunidad Los Héroes de la Unidad de Salud -El Salvador, 2012” mostraron que solo 2 mujeres asistieron a la realización de la citología, cifra alarmante que denota un problema de desconocimiento. Más de la mitad de las encuestadas consideró dicha prueba como diagnóstico de

enfermedades infecciosas vaginales y solo una cuarta parte de la población dijo que es para diagnosticar el cáncer.

Romero, et al⁸ en el estudio “Frecuencia de los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino en mujeres de 14-65 años en la comunidad de Ramadas, Bolivia”. Los resultados indican que el 32% de mujeres tuvieron una sola muestra de PAP, y 25% nunca se realizaron; la cobertura de PAP es 21%. Los factores de riesgos de cáncer cérvico uterino son bajos, más del 90% de mujeres no consume cigarrillos, tampoco tienen múltiples parejas sexuales. Encontró que el mayor porcentaje de realización estuvo constituido por el rango de mujeres en edades entre 40 a 49 años (84,2%), en tanto que las mujeres que no se realizaron la prueba citológica, el mayor porcentaje estuvieron entre los 15 a 19 años (93,9%); encontrándose asociación estadística entre las variables edad de la mujer y la toma de muestra de papanicolau ($p < 0,05$).

Ybarra, et al⁹ mostraron que México, el año 2012, alcanzó baja “prevalencia de uso” de la prueba de papanicolau, y entre los factores relacionados con el limitado uso de la prueba están el pudor, la escasa información sobre la utilidad de la prueba y la falta de consentimiento de la pareja. Las participantes entrevistadas mostraron desconocer la referida prueba, las infecciones de transmisión sexual y el virus del papiloma humano. Los datos revelan la necesidad de profundizar las intervenciones referentes a la educación sexual en la educación superior.

Tafur, et al¹⁰ en el estudio sobre “Prevalencia de citología anormal y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia,

2012; señalaron que la edad promedio de la población fue $36,1 \pm 11,5$. El 32 % de las mujeres se encontraron en edades entre los 31 y 40 años. La mayoría de la población procedía del área urbana (66 %). El 32 % de las mujeres reportaron un nivel educativo bajo (primaria). En cuanto al estado civil, el 57 % de las mujeres indicaron estar casadas. Se observó que el 86 % de las mujeres con citología anormal inició relaciones sexuales a temprana edad ($p=0,007$) y el 44 % de ellas habían tenido más de un compañero sexual ($p=0,078$). A pesar que más del 80 % de la población refirió conocer acerca de la citología, el 22 % de las mujeres con citología anormal nunca se había realizado la citología y entre aquellas que indicaron realizarse la citología (78 %), menos de la mitad se la realizaban anualmente (44 %).

Garcés, et al¹¹ en su estudio sobre Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia, 2012; refieren que las usuarias mencionaron miedo a practicarse la citología, incomodidad/dolor, mala atención, miedo al diagnóstico de cáncer como las principales barreras para el tamizaje rutinario. Las participantes reportaron conocimientos básicos acerca del CaCu y el tamizaje.

Contreras, et al¹² al explorar los factores psicosociales que afectan la asistencia de mujeres a la jornada de pesquisa de VPH y cáncer de cuello uterino en la población de Macapo, Cojedes-Venezuela, 2012; los resultados arrojaron factores a nivel sociocultural, del servicio sanitario y personal, donde resaltan la falta de confianza en la relación médico-paciente, desconocimiento y desinformación sobre el VPH y la citología, y vergüenza, apuntando a la necesidad de mejorar los vínculos terapéuticos,

desarrollar campañas educativas tempranas y limitar el número de visitas necesarias para el tratamiento, para evitar la deserción.

Cruz, et al¹³ en la investigación “Factores correlacionados en la presencia de cáncer cérvico uterino en mujeres de 45 a 49 años de edad en el comité de amigos de Solca de la ciudad de Machala, Ecuador de enero a marzo del 2012”. Indican que el 56% no se realizan el examen de papanicolau por falta de conocimiento.

Badr, et al.¹⁴ En su investigación “Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención en dos barrios de Bahía Blanca en Argentina, 2012”. Utilizaron un diseño de tipo transversal cuali-cuantitativo. Los resultados indicaron que el 49,1% de las mujeres se realiza un PAP anualmente. Existe asociación entre el tiempo desde el último PAP y la edad de la mujer ($p<0.001$), edad y conocimiento sobre utilidad del PAP ($p<0.001$) y conocimiento y cobertura ($p<0.001$). Del análisis cualitativo se desprende que la sobrecarga del sistema de salud repercute negativamente en la realización del PAP. La principal barrera identificada es la falta de información.

Tourinho, et al.¹⁵ En Brasil, el 2011 realizaron una investigación, con el objetivo de analizar los factores psicosociales que interfieren en la realización del examen preventivo de cáncer de cuello de útero entre mujeres del Municipio de Porto Velho con énfasis en la práctica religiosa. Entre los resultados señalan que un 82,8% de mujeres declaró haberse realizado alguna vez el examen de papanicolau. La etnia, el estado civil, el grado de instrucción, la profesión y la religión no se detectaron como significativos para la no realización del tamizaje. En las iglesias existe preferencia por

la realización del examen preventivo entre las participantes, pues estas ofrecen un espacio físico y social para acoger a las pacientes. En este sentido puede desarrollarse políticas intersectoriales que involucre a las iglesias para aumentar las tasas de cobertura del examen.

López¹⁶ en el 2011, en la investigación titulada “Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizarse el examen de papanicolau en el centro de salud de Sipacate, Escuintla, determinaron que algunos de los factores que predisponen a la mujer al cáncer cervical son modificables; por lo tanto, es factible lograr cambios en hábitos y estilos de vida de la población vulnerable para la prevención de este tipo de cáncer.

Figueroa¹⁷ con el objeto de describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cérvico-uterina, en mujeres desplazadas de los sectores Caguan, Chipi y Tambo en el barrio Las Flores del Distrito de Barranquilla - Colombia durante el primer semestre de 2010, realizó un estudio descriptivo mostrando los siguientes resultados: La edad promedio de las encuestadas fue de 32,8 años; el 68% de mujeres viven en unión libre; más del 90% presentaron bajo nivel de escolaridad y 81% son amas de casa. Solo un 30% tiene conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años. El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la avidez que tienen de conocer más sobre dicho examen.

Ortiz, et al¹⁸ en su estudio “Factores asociados a la detección del cáncer de cuello uterino en Puerto Rico, en el 2010. Señalaron que las mujeres que tenían ingresos más altos presentaban una mayor probabilidad de haberse hecho una prueba de papanicolau que las mujeres con ingresos económicos menores. De manera similar, las mujeres divorciadas o separadas tenían una probabilidad mayor de haberse hecho pruebas de detección (razón de probabilidad [OR] = 1,13; 95% IC = 1,12-1,15) que aquellas casadas o viviendo en pareja. La prevalencia de pruebas de detección del cáncer de cuello uterino en Puerto Rico está por debajo del 90% recomendado en las metas de *Gente Saludable 2010*. Los hallazgos con respecto a los factores asociados a la práctica de hacerse pruebas de papanicolau identificaron distintos subgrupos de la población en los que no se hace suficiente tamizaje y que se podrían beneficiar de intervenciones y programas de detección específicos.

Sánchez¹⁹ en el año 2010, al realizar un estudio en Bolivia con la finalidad de Determinar los factores que influyen en la baja afluencia para la realización del PAP en mujeres en edad fértil. Concluyó: El factor principal para la falta de afluencia para la realización de PAP, es la falta de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y papanicolau. El 12% conoce que es el PAP y solo 30 mujeres se realizaron la prueba. El factor de riesgo más frecuente es la edad de inicio de relaciones sexuales. La aceptación de papanicolau aumenta con la aceptación de la pareja posterior a la explicación, el 74% comprendió quienes deben realizarse el examen del papanicolau, y sólo el 10% acudieron a la realización de la prueba.

Vega, et al²⁰ al describir en Colombia, la satisfacción de las usuarias con el servicio

de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino en mujeres que se someten al papanicolau en 13 centros de salud urbanos de la Jurisdicción de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí, en el año 2009, mostraron que la edad promedio de las mujeres es de 36 años; 42,6% tienen secundaria; 80,2% son casadas y 54,5% están afiliadas al Seguro Popular. Sus conocimientos acerca de la prueba del papanicolau y el cáncer son adecuados (51,5% y 76,2%, respectivamente), mientras que la accesibilidad a la prueba de tamizaje es adecuada en un 67,3%; las mujeres que más se presentan a la prueba por primera vez son las de 18 a 30 años y las casadas; asisten en menor proporción las de 51 a 61 años. En este estudio no se encuentra asociación entre la utilización de la prueba del papanicolau y la satisfacción de las usuarias; sin embargo, hay asociación entre la primera cita y la edad para realizarse el tamizaje y entre el estado civil y la edad de la primera cita al papanicolau.

Morales²¹ en el año 2009 al determinar los factores presentes en las mujeres derechohabientes que influyen en la negación a la realización de la citología cervicovaginal en una muestra de 146 mujeres entre 25 y 64 años, en México; los resultados muestran que la escolaridad fue un factor importante que determinó la negación de la citología cérvico vaginal, así como la falta de difusión oportuna y adecuada. Un 59,6% sintieron vergüenza y 57,5% angustia. Las conclusiones destacan que los aspectos psicológicos y cognoscitivos, así como la falta de información sobre el examen y utilidad de la prueba fueron las principales barreras para que las mujeres no acudan a la detección oportuna de CaCu, así como la falta de integración y trabajo en equipo del personal de salud, éste no educó ni informó el verdadero objetivo del PAP a las usuarias.

Urrutia, et al²² en Chile, el año 2006 realizaron una investigación con el objetivo de conocer la percepción que tienen los profesionales de la salud en relación a las causas por las cuales las mujeres no se toman la prueba del PAP. Los resultados señalan que un 41% de los profesionales de la salud tienen la percepción que las mujeres poseen un conocimiento parcial sobre la importancia de realizarse el PAP, mientras que un 48,3% refiere que las mujeres no tienen conocimiento sobre las normas de control de PAP. 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 tamizaje.

En Brasil, Gomes, et al²³ el 2006 realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar las razones que llevan a las mujeres a no recibir los resultados de los exámenes de prevención, concluyendo que: Los factores dificultadores para recibir el resultado del examen de papanicolau, van desde cuestiones relacionadas con la organización de la institución a cuestiones relacionadas con la propia mujer. Sin embargo, las cuestiones relacionadas con la institución representan un porcentaje mucho mayor (27,3%) en comparación con las demás. A partir de los factores que influyen en las mujeres a no recibir los informes, los profesionales podrán intervenir en la consulta haciendo hincapié en la importancia de recibir el resultado y tener un seguimiento regular.

Santisteban, et al²⁴ en su estudio sobre Nivel de información sobre cáncer de cuello uterino, en Piura, observó que la falta de información sobre el cáncer de cuello uterino, determinó la inasistencia a la toma de muestra de PAP, reportando que la

mayoría de mujeres (57,3%) refirieron haber sido informadas por otras personas que no fueron médicos ni obstetras y en este grupo se reporta el nivel de información malo, mientras que el 42,7% fue informada por el personal de salud.

En el Perú, estudios como el de Galán, et al²⁵ en su investigación sobre “Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, en Perú, 2013; señalan que según recomendación del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos el tamizaje citológico debe realizarse por lo menos una vez al año a partir de los 21 años. También existen otros factores que influyen en la aplicación de las estrategias y programas preventivos como: influencia de las normas socioculturales de la población, factores relacionados al sistema de prestación de servicios y los relacionados a la calidad de atención.

Huamán²⁶ en el año 2010, con el objetivo de identificar los determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino, entrevistó a 280 mujeres en edad fértil residentes en la provincia de Trujillo. Las conclusiones destacan que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello uterino fue del 15,4%. El tipo de relaciones proveedor y usuario inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino con un $p < 0.05$.

Gutiérrez, et al²⁷ al determinar la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de papanicolau (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil, período 1996 – 2008; mostró que el porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42,8%, 45,7%, 47,3% y 45,6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que han escuchado sobre el PAP fue de 78,3%, 85,1%, 89,8% y 91,4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el vivir en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, las coberturas fueron bajas. Existen factores asociados al cumplimiento del PAP que pueden ser modificadas con el objetivo de mejorar la cobertura del PAP, método de tamizaje de elección para el cáncer de cuello uterino.

En Chiclayo Cerna, et al²⁸ En la investigación “Factores que determinan la no realización del papanicolau en mujeres en edad fértil atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo y Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, 2005; concluyeron que, un significativo porcentaje de la población femenina, no se realizó la prueba de papanicolau (45,6%). En su estudio observaron que las mujeres que se realizaron el tamizaje correspondieron en mayor porcentaje a aquellas con algún grado de instrucción primaria y secundaria (58,18% y 56,25%), y de estado civil casadas (75,9%); además encontraron asociación estadística entre la edad de la paciente y la toma de papanicolau ($p < 0,05$).

Autores como Lazcano, et al²⁹ han señalado que el hecho de que las mujeres en riesgo acudan a un servicio de atención médica, amplía la oportunidad de brindarles educación acerca de la prevención del CaCu, lo que a su vez influye de manera importante en su decisión de participar en el Programa de atención del cáncer de cuello uterino (PDOC).

1.4. Base Teórica

1.4.1. Factores socioculturales y económicos.

Lo social es el conjunto de relaciones que se establecen entre las personas de un grupo o territorio determinado. La sociedad o la vida en sociedad sería el resultado de las interacciones y relaciones que se establecen entre esas personas.

Breilh y Granda³⁰ dicen el estudio de la variable social incorpora los ingresos económicos, la residencia urbana o rural, el tipo de vivienda, la ocupación y generalmente el grado de instrucción. La mayoría de las veces, sin embargo, lo social se define sin mayor rigurosidad. No hay una conceptualización uniforme que garantice la comparabilidad de los datos.

La cultura, por su parte, la podemos definir como el conjunto de valores, criterios, aspiraciones, sueños, modelos, hábitos y costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse que tienen las personas de una comunidad. También la manera en que un pueblo entiende su realidad y se relaciona con su medio. La cultura se nos presenta no como algo accesorio, decorativo o superfluo, sino como algo radicalmente importante y necesario para

la vida y como un factor esencial de la identidad personal y grupal indisolublemente a la evolución y desarrollo de las personas y de los pueblos.

El factor social se considera como una relación univoca entre conocimiento y la práctica regular de la citología. Así tenemos la edad, las mujeres menores de 35 años tiene mayor probabilidad de tener contactos con los servicios de salud y conocer los antecedentes de citología, por eso deben hacerse la muestra periódicamente. Asimismo el lugar de residencia, los de la costa tienen más acceso que los de la sierra.

Los individuos, como miembros de una sociedad, aprenden no sólo en la escuela sino en un cúmulo de espacios, procesos, instituciones, relaciones personales, recibiendo mensajes y propuestas, elaborando códigos e interpretando normas sociales, las cuales abarcan los conocimientos como tales, pero además creencias, valores, saberes, habilidades, aptitudes y sentimientos.

Existe correlación entre el aumento de la educación de las mujeres y las mejores condiciones de salud de ellas y sus familias, la mayor escolaridad es un factor determinante de la reducción de la mortalidad y morbilidad materno infantil, el mejoramiento de la salud y nutrición, la disminución de la fecundidad no deseada y la práctica de medidas de prevención de riesgos y daños, así como la realización de actividades de protección de la salud.³⁰

Unicef mencionan que la educación mejora y hasta salva la vida de las mujeres. Les proporciona un mayor control sobre sus vidas y conocimientos con los que

pueden contribuir a mejorar su salud. Les permite tomar decisiones por sí mismas e influir en sus familias. Son precisos al menos 10 años de educación para garantizar unas posibilidades aceptables de evitar la pobreza y alcanzar condiciones de bienestar suficientes.³¹

En ese sentido, una persona con bajo o nulo nivel de escolaridad puede ser más propensa que otra con mayor grado de estudios a adquirir enfermedades o a tener menos recursos para cuidar su salud y la de otros miembros de la familia.

El grado de educación formal, es un parámetro absolutamente objetivo y mensurable en casi todas las personas. Por lo tanto, consideramos que podría ser un buen indicador para clasificar grupos de riesgo con respecto a la prevención de las diferentes neoplasias, especialmente el cáncer de cuello de útero, que afecta fundamentalmente a las mujeres pobres.

Partimos de que el analfabetismo o la baja escolaridad impiden que la mujer tenga conocimiento de la neoplasia. Es decir, desconoce la necesidad de hacerse una prueba de papanicolau o la existencia de la misma prueba; tiene dificultad para vencer los tabúes relacionados con el examen ginecológico; no comprende la necesidad de una higiene genital adecuada; no conoce ni tiene acceso a los servicios de salud.

Conocer el nivel de escolaridad permitirá diseñar estrategias de promoción de la salud más específicas y acordes con el nivel educativo de la población y, de esta manera, incrementar la eficiencia y demanda del servicio.³²

Los factores socioculturales (SC) los determina el entorno en el que viven las personas; desde la familia, el país, el momento de la historia en el que uno se encuentra. Los factores SC influyen directamente en la personalidad de la persona tanto como su información genética.

Los factores culturales, basados en creencias, son ideas generales que funcionan como principio que guían la vida, son como rectores o brújulas personales, que también funcionan como marcos a través de los cuales interpretan las experiencias.

La Real Academia Española (RAE) define a la creencia como la conformidad con algo. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. Puede considerarse que una creencia es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional o justificación empírica que lo compruebe. Por eso la creencia está asociada a la religión, la doctrina o el dogma.

Las creencias **No** son innatas, las vamos adquiriendo a lo largo de nuestra vida. Por lo tanto, al ser adquiridas son susceptibles de ser modificadas. Podemos modificar creencias irracionales, desadaptativas y limitadoras hacia creencias racionales, adaptativas y posibilitadoras. Modificar o compensar una creencia por otra es un proceso que requiere una inversión de tiempo y esfuerzo. Esta inversión será mayor cuanto mayor arraigo tenga esta creencia en nuestro día a día.

La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social (la presión familiar, los grupos dominantes, etc.).

Las creencias pueden ser limitantes o potenciadoras. Las primeras se identifican por ser aquellas que nos incapacite para poder pensar o actuar de determinada manera ante una situación concreta. Las segundas, por su parte, lo que logran es mejorar nuestra autoestima y nuestra confianza ya que básicamente de lo que se encargan es de ayudar a potenciar nuestras capacidades. De esta manera, nos otorgan seguridad e iniciativa para poder llevar a cabo determinadas actuaciones ante hechos concretos que surjan.³⁴

Las barreras culturales se hacen evidentes cuando las mujeres actúan priorizando lo urgente (el cuidado de los demás, de la casa, y el trabajo). Por otro lado, el tabú hacia la sexualidad, refuerza los sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la expresión de las partes íntimas.

La información que reciben las mujeres acerca de la citología como el examen doloroso o traumático es un obstáculo para la realización.

La pareja se convierte en un obstáculo para la toma de la citología, según algunos hombres desconfían de su pareja, al considerar que en lugar de ir al médico las mujeres se dirigen a otro lugar o cuando cree que la toma de la citología implica un manoseo a las mujeres por parte del médico.

El factor económico, es un factor de riesgo que proviene de la organización social y afecta negativamente la posición socioeconómica de una persona (pérdida del empleo), y que puede causar una enfermedad o un traumatismo.

La tendencia a usar los servicios de salud suele asociarse con diversos factores, entre ellos las características socioeconómicas del usuario, su familiaridad con la utilidad de estos servicios, y la aceptabilidad y accesibilidad de los mismos.

Los factores sociales y culturales actúan no solamente en forma independientes sino que se interrelacionan con los biológicos para formar el panorama total en el que se desarrolla el fenómeno epidemiológico de las enfermedades. La interrelación de éstos factores son tan íntimos y variados que en determinados casos no se podrá prescindir de ninguno de estos factores mientras que en otros casos, serán unos y otros los que intervengan directamente.^{35,36,37}

1.4.2. Citología cérvico uterina (papanicolau).

La citología cervical, cérvico uterino o cérvico vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de CaCu, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.³⁷

La prueba de papanicolau es llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer.³⁸

Actualmente la citología vaginal con tinción de papanicolau constituye el método por excelencia de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino.³⁶

El cérvix es la parte inferior del útero, que se abre hacia la vagina. Está cubierto por una pequeña capa de tejido llamada epitelio cervical. Las células de este epitelio crecen empezando desde las capas más profundas hacia la superficie del cérvix y luego se descaman (se caen) como parte del proceso normal de crecimiento del epitelio. Cuando estas células se hacen anormales por alguna razón, podemos tener las lesiones precancerosas que avanzarán a cáncer si no se tratan a tiempo.

El examen de papanicolau (PAP) no es doloroso y solo toma unos minutos. Se recomienda no realizar duchas vaginales por lo menos 2 a 3 días antes del examen, ya que se podrán barrer del cérvix células anormales, el PAP no se debe de realizar durante el período menstrual o si existe una infección vaginal (Cándida, trichomonas, clamidia o gonorrea). Se recomienda no utilizar tampones en las 24 horas previas al PAP o aplicar tratamientos con óvulos o cremas vaginales. Todos estos factores podrán alterar los resultados del PAP.

El cáncer del cuello del útero pasará por varias etapas antes de presentar síntomas francos, empezando con la lesión precancerosa llamada displacia (leve, moderada, severa), carcinoma in situ (cáncer localizado) y cáncer invasor. Usualmente toma años para llegar a las etapas avanzadas, de allí saca la enorme importancia del papanicolau, que constituye el método de mayor valor en la prevención y el diagnóstico del cáncer cervical y es el primer recurso a emplear en su detección.

El éxito de la citología cervical como método de tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino se debe a su relativa simplicidad y bajo costo del examen.³⁷

Los beneficios del papanicolau para reducir la mortalidad del CaCu han sido bien documentados a nivel internacional y nacional, sin embargo todavía existen mujeres que no recurren rutinariamente a este examen.³³

La Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda que la prevención primaria y secundaria sea fundamental en la lucha contra las enfermedades neoplásicas, siendo muy importante la educación en salud que debe recibir la población, para tomar conciencia de la necesidad de evaluaciones médicas periódicas para un diagnóstico precoz.³⁷

Aunque el problema del CaCu y la realización de la prueba de papanicolau ha sido tratado y estudiado de varias formas, muchas de ellas desde el reduccionismo de la visión médica hasta la amplitud de estudios de políticas de salud, una vertiente socio antropológica sociocultural siempre es bienvenida.³⁴

El **Citodiagnóstico**. Ha sido valorado fundamentalmente por la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello en determinadas áreas geográficas en las que se realizaron campañas masivas de citología cérvico vaginal.³⁸

Los resultados del papanicolau pueden dar resultados anormales por diferentes causas, no solo el cáncer o la lesión precancerosa (displasia), puede ser anormal si el cérvix está inflamado o irritado por una infección.

Si los resultados del PAP son anormales, se necesitará más información para completar el diagnóstico, con otro PAP o un examen de colposcopia.

Durante mucho tiempo se ha recomendado la práctica anual de la citología cérvico vaginal. Un grupo de expertos canadienses recomendaron practicar el primer examen citológico después del primer coito, repetir el control citológico cérvico vaginal al año y si ambos eran negativos distanciar los controles cada 3 años, hasta que las mujeres cumplan los 35 y a partir de entonces distanciarlos, cada 5 años, hasta los 65.

Esta forma de proceder fue posteriormente avalada por la OMS, en 1988, y por la Sociedad Americana del Cáncer. La Sección de Prevención del Cáncer Genital

Femenino, en España en 1984, recomendó practicar exámenes citológicos anuales durante tres años consecutivos y a partir de entonces, si los resultados eran normales, distanciar los controles cada dos años.³⁵

Según Agüero O, y Nicholas G.³⁹ Es importante que se realicen esta prueba todas las mujeres de 20 años o más, sin excepción, así como las menores de 20 años que hayan mantenido relaciones sexuales. En el caso de las mujeres que son vírgenes, la muestra para el examen se tomará con un instrumento especial. El papanicolau no quita la virginidad.

En el Perú, la prueba de papanicolau se debe de realizar desde los 21 años, como mínimo, una vez al año y con mayor frecuencia si la paciente presenta PAPs anormales, esto será determinado por el médico tratante. A partir de los 65 años, las mujeres pueden dejar de hacerse citologías.⁴⁰

Hay mujeres que presentan más riesgo de desarrollar cáncer de cérvix como son las que tienen más de un compañero sexual o éste tiene más de una compañera sexual, si ha tenido verrugas en el cuello del útero (producidas por el virus del papiloma humano), si padece de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y también hay más riesgo en las mujeres que fuman. Si se presenta alguno de estos factores de riesgo, es todavía más importante que se realice el PAP cada año.³⁹

Un resultado negativo significa que el cérvix es normal. Un resultado positivo significa que aparecen células anormales. Este resultado positivo no prueba que

haya cáncer, ni siquiera displasia pero, usualmente significa que deben hacerse un reconocimiento intenso como una colposcopia o una biopsia.

Se sabe que el riesgo de CaCu está asociado con variables y factores relacionados a la vida sexual y reproductiva, la edad de iniciación de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales de la mujer o de su compañero y el número de partos. Pero, el riesgo de una mujer de contraer CaCu no depende sólo de la conducta sexual de su compañero, sino también de ella misma. Por otro lado, su comportamiento sexual es producto de lo que su entorno asume como adecuado y que ella ha asimilado en mayor o menor medida, de acuerdo a su conducta personal, social y material, que no son fáciles de alterar. Por otro lado, estos sistemas de género se pueden alterar a lo largo de la historia y de una sociedad a otra; articulándose además las relaciones de poder entre ambos géneros, de maneras diversas, complejas y cambiantes, aun cuando en la mayoría de los casos se mantiene el predominio del género masculino sobre el femenino.

Se debe tomar en cuenta, para la prueba de PAP, los siguientes requisitos:

- No estar en el período menstrual (regla).
- No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores.
- No haberse realizado duchas vaginales 48 horas antes de la prueba.
- No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas.

Todas las mujeres corren riesgo de contraer el cáncer de cuello uterino, sin

embargo corren un mayor riesgo:

- Mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad (menores de 20 años).
- Mujeres con múltiples compañeros.
- Mujeres mayores de 45 años de edad.

El éxito en la prevención involucra efectivos programas de salud pública y procedimientos, como el tamizaje. Sin embargo, estos esfuerzos se ven afectados en su cobertura y eficacia por ciertas características socioeconómicas y demográficas de la población objetivo. Así, en Latinoamérica, a pesar de existir programas de citología cervical, la mortalidad de cáncer cervical se ha ido incrementando.³³

Cuadro 1: Clasificación de pruebas de papanicolau

Resultado de la prueba de Papanicolau	Abreviatura:	Conocido como:	Pruebas y tratamientos:
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	ASC-US		Examen de VPH Repetir la prueba de Papanicolau Colposcopia y biopsia Crema con estrógeno
Células escamosas atípicas que no pueden excluir las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado	ASC-H		Colposcopia y biopsia
Células glandulares atípicas	AGC		Colposcopia y biopsia o raspado endocervical
Adenocarcinoma endocervical in situ	AIS		Colposcopia y biopsia o raspado endocervical

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado	LSIL	Displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical-1 (CIN-1)	Colposcopia y biopsia
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado	HSIL	Displasia moderada, displasia grave, CIN-2, CIN-3, o Carcinoma in situ (CIS)	Colposcopia y biopsia o raspado endocervical Tratamiento adicional: LEEP, crioterapia, terapia con láser, conización o histerectomía

1.4.3. Teorías sobre el tema

Teoría social cognoscitiva

La teoría socio-cognitiva se debe gran parte a las investigaciones de Albert Bandura, quien considero que además de los determinantes externos de la conducta, como las recompensas y los castigos; los determinantes internos, entiéndase, las creencias, pensamientos y expectativas, también forman parte de un sistema de influencias que interactúan afectando la conducta y el aprendizaje. La teoría socio- cognitiva se concentra en el aprendizaje humano, el cual explica que las personas aprenden unas de otras por observación, imitación y modelado. En el modelo de Bandura, no solo el entorno afecta la conducta, sino que también la conducta puede afectar al entorno.

En esta teoría podemos hallar algunos principios fundamentales como: las personas pueden aprender de la conducta de los demás, y a su vez del resultado de sus acciones; los teóricos que siguen este modelo, al contrario de los conductistas, consideran que el aprendizaje como tal no se basa en el ensayo y el error, sino observando la conducta de otras personas, que se les designa el nombre de modelos. Otro principio que subyace de esta teoría es que no necesariamente tiene que haber un cambio en la conducta para que ocurra el aprendizaje; significa que la persona puede observar, aprender y no necesitar reflejarlo en ese momento sino que quizás le sirva posteriormente o nunca. Es fundamental para la teoría que se reconozca, que las consecuencias de la conducta y la cognición, desempeñan un papel importante en el aprendizaje. La perspectiva de este modelo entrelaza conceptos conductistas como el reforzamiento y el castigo, y nociones cognoscitivas como la conciencia y las expectativas.

El aprendizaje humano se fija en modelos para aprender la utilidad y conveniencia de ciertos comportamientos y en las consecuencias de su proceder. Muchas conductas, actitudes y creencias son adquiridas mediante el modelado y para que este ocurra tiene que antes ocurrir cuatro procesos: atención, retención, reproducción motriz.⁴¹

Modelo creencias en salud (MCS)

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias en Salud

(MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco. En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje.⁴²

Desde su origen en la década de los cincuenta, el Modelo de Creencias en Salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en Psicología de la Salud para explicar los comportamientos de salud en la prevención de la enfermedad. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Aunque el número de investigaciones que este modelo genera aún hoy día es considerable, numerosos resultados contradictorios cuestionan su validez explicativa, resaltando la falta de correspondencia encontrada entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud. Se presenta una revisión histórica del Modelo, se señalan sus principales componentes y dimensiones y se pasa revista a las críticas formuladas, para finalizar introduciendo una explicación alternativa, desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta verbal, para tratar de superar esos resultados contradictorios.⁴³

En particular, en la teoría conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificados por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (valueexpectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud.

Así, podemos resumir que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

- La creencia o percepción, de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
- La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema

- La creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo.

Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que, ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico. Como elemento predisponente, el MCS puede tener una utilidad en la prevención del CaCu, máxime si se complementa con otros de reforzamiento y capacitación, tres componentes que favorecen el cambio de comportamiento.

Aquello que creemos acerca de nuestra salud tiene gran influencia en la misma, tanto en el desarrollo de enfermedades como en la recuperación. El cambio de las creencias limitantes de la salud por otras potenciadoras suele afectar positivamente el estado físico de quien se embarque en este proceso.

Las creencias son ideas generales que funcionan como principios que nos guían en la vida. Son algo así como principios rectores o brújulas personales, que también funcionan como marcos a través de los cuales interpretamos las experiencias.

Cuando se trata de enfermedades, el significado que le demos a las afecciones influye en la recuperación en tal medida que se llegó a postular que es posible que cada paciente se recupere en el grado en que cree que lo hará. El hecho que una persona crea merecer, querer y poder estar sana funciona como creencia potencializadora de la salud, y su opuesto como limitante. Un dato a considerar es que las creencias actúan como profecías que se autocumplen, con lo cual quien crea no poder estar sano difícilmente logre estarlo.

Estar sano no sólo pasa por visitar al médico y seguir sus instrucciones con exactitud, es también el proceso mental el que influye en el bienestar físico. El estado de ánimo depresivo deprime el sistema inmune, las emociones positivas lo estimulan, y que aquello que se piensa y cree, tiene relación directa con el estado anímico.

Uno puede decidir que creencias llevar consigo, puede evaluar las que posee actualmente respecto a su salud, y si llegara a descubrir que estas no son las más convenientes puede cambiarlas.

Algunas presuposiciones que suelen tener resultados positivos:

- El cuerpo está saludable naturalmente y tiende a la salud.
- Mente y cuerpo son parte de un mismo ser. Los pensamientos influyen en el cuerpo, y el estado físico en el mental.
- Los síntomas son una señal para prestar atención a nuestro cuerpo.
- Quiero y puedo mejorar mi salud.

Las personas que consideran estos postulados suelen gozar de mejor salud que quienes no lo hacen. Si uno se propone a sí mismo adoptarlos y los toma por ciertos es posible que esto influya positivamente en la salud.

Hochbaun 1958, abarca las creencias de salud como las percepciones que tiene la persona a la amenaza de un problema de salud y de la evolución de un comportamiento recomendado para prevenir el manejo de un problema. Es así como el comportamiento o práctica individual o colectiva es producto de la interacción de múltiples factores y variables, como aspectos económicos, políticos sociales y ambientales que afectan el comportamiento del agente.

Cabe mencionar que la teoría de la creencia en salud se basa en conceptos que fueron presentados a partir de abstracciones teóricas fundamentalmente, se centra en la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad que se produce de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero es susceptible a sufrirla; segundo, que la enfermedad puede tener severidad moderada en su vida y tercera que tomar una acción factible y eficaz puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o severidad, superando las barreras psicológicas acerca de costos, convivencias, dolor incomodidad del examen o la acción preventiva.

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva de riesgo de contraer una enfermedad (cáncer) e incluye la aceptación del diagnóstico, valoración personal de nueva susceptibilidades, entre otros.

Dicha percepción puede estar influenciada por aspectos como optimismo y/o pesimismo o hacer que la gente subestime o sobreestime la frecuencia de la enfermedad. La severidad se relaciona con la percepción individual de la severidad del caso o tratamiento cuando se presenta.^{42,43}

Así mismo, se relaciona con los factores modificantes (demográficos, Psicosociales, estructurales) que fueron identificados como indispensables.

En Resumen, dos factores principales influyen la probabilidad que una persona tome acciones preventivas. En primer lugar, la persona debe creer que el beneficio de ejecutar el comportamiento es mayor que los costos (i.e. una persona debe tener más expectativas de resultados positivos que negativos). En segundo lugar, y más importante, la persona debe tener un sentido de agencia personal, o la auto-eficacia para realizar el comportamiento preventivo. Debe creer que él o ella tienen las herramientas y habilidades necesarias para realizar el comportamiento bajo una variedad de circunstancias.⁴⁰

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. El Contexto

La ciudad de Jaén es la capital de la provincia de Jaén, de la Región Cajamarca, ubicada en la selva alta del norte del Perú. Es la segunda ciudad más importante del departamento de Cajamarca.

El distrito tiene una extensión aproximada de 527.25 Kms², su capital distrital se encuentra a una altitud de 729 msnm y está conformado por 127 centros poblados.

Posee un clima cálido todo el año, este clima es compensado por frecuentes y refrescantes lluvias.

La ciudad de Jaén tiene una rica tradición histórica que se remonta a tiempos milenarios donde encontramos a los primeros pobladores de esta parte del Perú, tras



una vida nómada.

Las principales actividades económicas que se desarrollan en la provincia son el comercio, la agricultura y ganadería, siendo los más importantes, la actividad comercial y servicios así como la pequeña y mediana industria. Es así, que del total de la población económicamente activa (PEA) del distrito, el 46,1% se encuentra ocupado en servicios, mientras que el 40,5% en agricultura. Los dos principales cultivos son el café y arroz (en conjunto representaron el 65% del área cultivada en 1998), que constituyen las principales fuentes generadoras de ingresos para la población. Jaén es la provincia con mayores ingresos económicos del departamento de Cajamarca incluyendo al mismo Cajamarca, el negocio es sostenible y se mantiene.

Jaén tiene un perfil epidemiológico caracterizado por la presencia de enfermedades infectocontagiosas, crónicas degenerativas y metaxénicas. En el primer grupo las infecciones respiratorias agudas de las vías áreas superiores, y las enfermedades del aparato gastrointestinal son las primeras causas de morbimortalidad a nivel de la provincia de Jaén. En el grupo de edad entre los 20 a 59 años de edad, las enfermedades del aparato urinario, son la segunda causa de enfermedad. Las enfermedades metaxénicas son de importancia por su alto valor epidémico, letalidad y alto impacto socioeconómico y afectan a las personas más pobres de la región. En la actualidad, está sufriendo la transición epidemiológica con un surgimiento importante de enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer, sin haberse resuelto el problema de las enfermedades infecciosas.

2.2. Tipo y diseño de la investigación

El estudio es de tipo Descriptivo Correlacional, de corte Transversal. En ese sentido, busca relacionar las variables socioculturales y económicas con la citología cérvico uterina en las mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén.

El diseño utilizado fue el de una sola casilla que corresponde al siguiente esquema:



2.3. Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis: Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.

Unidad de muestreo: vivienda

La población considerada para el estudio estuvo conformada por 21838 mujeres en edad fértil de la zona urbana de la ciudad de Jaén.

El tamaño de la muestra, fue determinada probabilísticamente, utilizando una fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confiabilidad del 95% y una tolerancia de error asumida por la investigadora del 5% (Anexo 1). La muestra reajustada fue equivalente a 370 mujeres en edad fértil.

Para la selección de la muestra, se utilizó el muestreo por conglomerados. Este tipo de muestreo se utilizó porque no se ha dispuesto de una lista detallada y enumerada

de cada una de las unidades de análisis que conforman la población. Para tal efecto se seleccionó los sectores que son parte de la ciudad de Jaén, identificándose 10 sectores: Morro Solar Alto, Morro Solar Bajo, Morro Solar Centro 1, Morro Solar Centro 2, San Camilo, Las Flores, Los Olivos, Pueblo Nuevo 1, Pueblo Nuevo 2, y Jaén Centro (Ver croquis, anexo 1). De estos sectores seleccionados se determinaron 579 conglomerados ó manzanas. Una vez determinado el número de conglomerados, se identificaron por cada conglomerado el número de viviendas (14,809). Posteriormente tomando en cuenta el tamaño de conglomerados y viviendas, se seleccionaron proporcionalmente 18 conglomerados y 370 viviendas (ver anexo 1) y por cada vivienda se identificaron las unidades de análisis, utilizando el método aleatorio simple.

La muestra se seleccionó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterio de Inclusión.

- Mujeres que accedan a participar en el estudio.
- No gestantes.

Criterio de Exclusión.

- Mujeres con limitaciones mentales.
- Mujeres con enfermedad grave o invalidez.

Una vez seleccionada la mujer en edad fértil, según los criterios de inclusión y/o exclusión, se procedió a la aplicación del cuestionario para determinar los factores

que determinan la realización de la prueba de papanicolau, según los criterios de estudio establecidos.

2.4. Hipótesis, variables e indicadores

Hipótesis:

Hi: Existe relación significativa entre algunos factores socioculturales, económicos y la realización de la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén.

Variables e Indicadores

- Citología Cérvico uterina: Si
No
- Factores socioculturales y económicos:
 - Edad
 - Estado Civil
 - Grado de instrucción
 - Edad de inicio de las relaciones sexuales.
 - Fuentes de información.
 - Lugar de atención.
 - Conocimientos sobre la prueba citológica: Frecuencia, utilidad.
 - Razones por las que la MEF no realizan la citología cervico uterina.

- Ingreso económico: < a un sueldo mínimo vital
= a un sueldo mínimo vital
> a un sueldo mínimo vital

- Nivel socioeconómico: Alto
Medio
Bajo

2.5. Técnicas y procedimiento para la recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta, y el instrumento para la recolección de datos el cuestionario. Dicho instrumento base se aplicó casa por casa conteniendo las variables sociales, económicas y culturales que podrían estar relacionadas con la realización del Test de papanicolau.

El procedimiento, siguió las siguientes fases:

1. Primero se constituyó un equipo de trabajo, conformado por la investigadora y las encuestadoras.

2. El equipo de trabajo fue capacitado por la investigadora responsable del proyecto respecto a la aplicación y lineamientos del instrumento de recolección de datos.

3. Previo a la aplicación del instrumento, se procedió a hacer la validación de contenido, mediante una “Prueba Piloto” en 20 mujeres en 8 viviendas con las mismas características de la población a estudiar. Se buscó la coherencia interna en la redacción y entendimiento de las preguntas planteadas, posteriormente se hizo los ajustes al instrumento. También se determinó la confiabilidad del

instrumento, a través del Índice Alfa de Crombach, obteniéndose un nivel de confianza de 0,89.

4. Posteriormente se seleccionaron los conglomerados pre establecidos y se hizo la recolección de datos por barrido, iniciando en la parte oriente de la ciudad y culminando en el sector occidente, para ello se conformó tres grupos de trabajo, cada uno constituido por dos encuestadoras a los que se asignó conglomerados dentro del mismo sector.

Se dispuso de dos planos cartográficos de la zona urbana del distrito de Jaén, donde se ubicaron los conglomerados seleccionados, uno de ellos sirvió de medio para hacer seguimiento y control del trabajo en campo. Asimismo, para facilitar el manejo y ordenamiento de la información se conformaron carpetas para cada conglomerado de tal forma que facilite los procesos de búsqueda y revisión de datos; conteniendo estas en cada sector señalado, con un determinado color, los conglomerados a visitar.

2.6. Procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.

Los datos obtenidos fueron consolidados en tablas de una y dos entradas según el caso.

El análisis de los mismos se realizó a través de cifras porcentuales y medidas de tendencia central (media, promedio aritmético, frecuencias, etc.) y para determinar la

independencia de criterios se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (X^2), con una significancia estadística del 5% y el Coeficiente de correlación de Pearson. Todas las pruebas estadísticas fueron leídas al 95% de confiabilidad.

2.7. Aspectos éticos

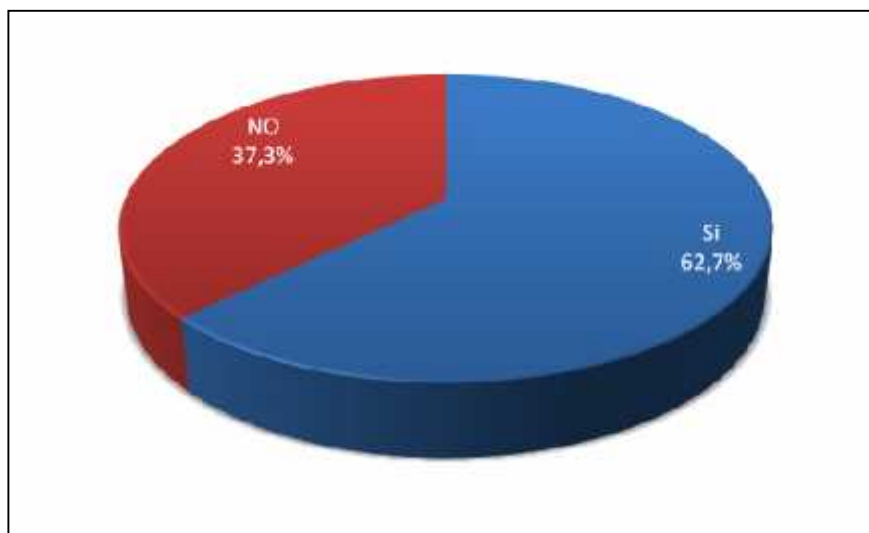
Previamente a la encuesta, se les explicó los objetivos, beneficios y confidencialidad del trabajo, luego se le solicita a cada mujer firmar consentimiento informado (anexo 4). Aquellas mujeres que no desearon participar de la encuesta por razones personales no fueron forzadas a hacerlo.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Porcentaje de realización de la citología cervico uterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén.

Gráfico 1. Citología cervical en mujeres en edad fértil. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 2 (Anexo 2)

Los resultados muestran que del 100% de mujeres encuestadas, el 62,7% refirió haberse hecho la prueba de papanicolau. Este resultado en sí mismo es un hallazgo importante, ya que el examen citológico contribuye en la disminución de la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; este hallazgo es consistente con los estudios realizados a escala internacional y en el Perú por ejemplo Tourinho, et al¹⁵ en Brasil, en el 2011 al analizar los factores biopsicosociales que interfieren en la realización del examen

preventivo de cáncer de cuello de útero, encontró que, un 82,8% de mujeres declaró haberse realizado alguna vez el examen de papanicolau; contrariamente a los resultados de nuestro estudio, en Perú Gutiérrez, et al²⁷ al determinar la frecuencia, características sociodemográficas, factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de papanicolau encontraron que un 45,6% de mujeres se realizaron el examen citológico.

De acuerdo con Ybarra, et al⁹ en México y Romero, et al⁸ en Bolivia un 22% y 25% de mujeres (respectivamente), nunca se realizaron un examen PAP; cifras que son menores entre 12 a 15 puntos porcentuales a los encontrados en Jaén, Perú. Sin embargo, si comparamos con la proporción de mujeres que tampoco se realizó la prueba en Machala, Ecuador donde un significativo porcentaje (56%) de la población femenina no se realizó la prueba por falta de conocimientos según lo reportó Cruz, et al¹³, la proporción de mujeres que no se hizo la prueba en Ecuador es superior dos veces más a la reportada en los países de Bolivia y México y una vez más a la de Perú,

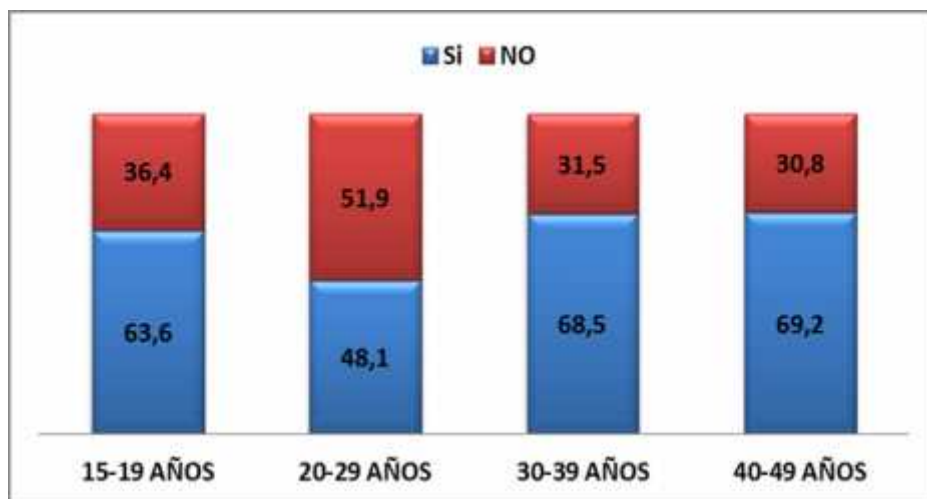
El hecho que, 6 de 10 mujeres en Jaén no se haga la prueba citológica pone en evidencia por un lado, la falta de un programa eficiente de citología cervical en la población de riesgo y por otro lado aspectos relacionados con la demanda que hace que muchas mujeres por una u otra razón no asistan voluntariamente a realizarse el tamizaje de detección oportuna, a pesar que este examen es ofertado en todas las instituciones de salud pública y el personal de salud ha sido capacitado para su ejecución. En ese sentido, los servicios de salud deben generar en la población una

cultura de la prevención del CaCu que lamentablemente aún no existe; lo que a su vez contribuirá a disminuir la brecha en la cobertura de PAP que actualmente es alta (más del 30 %). Lo ideal es que el cien por ciento de mujeres en edad fértil se realice el tamizaje dado que, el cáncer de cuello uterino constituye un problema social que afecta la salud individual y colectiva de la población femenina y es el segundo cáncer más común entre mujeres en nuestro país.

Al conocer las características sociales, culturales y económicas de las mujeres, es posible diseñar estrategias de promoción más específicas y acorde a las características de la población, con ello se incrementará la demanda por parte de los usuarios y se mejorará la eficiencia de los servicios.

3.2. Factores socioculturales en mujeres en edad fértil y la citología cervical de la ciudad de Jaén

Gráfico 2. Citología cervical en mujeres en edad fértil según edad. Jaén, 2012.



Fuente: Tabla 3 (Anexo 2)

El gráfico 2 muestra que el mayor porcentaje de mujeres en edades entre 30 a 39 años (68,5 %) y 40 a 49 (69,2 %) se realizaron la prueba de papanicolau; pero, un poco más del 50% de mujeres entre 20 a 29 años no lo hicieron (51,9%); se encontró asociación estadística entre la variable edad de la mujer y la toma de muestra de papanicolau ($p < 0,05$); de lo que se concluye que, a mayor edad mayor es la tendencia a realizarse el examen citológico.

Los resultados que se muestran en la tabla 1 del anexo 2 indican que, la edad promedio de las mujeres encuestadas es de 38,5 años, la edad mínima 15 y la máxima 49. Si tomamos en consideración las etapas del grupo adulto, podemos decir que la mayor proporción de mujeres que participaron en el estudio se encuentran ubicadas en el subgrupo “adulto joven” que comprende desde los 20 a 39 años, este grupo de edad tiene ciertas características biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales que les otorgan ciertas capacidades intrapersonales e interpersonales que le dan mayor poder de decisión sobre lo que favorece o afecta su salud.⁴²

En consecuencia, no todas las mujeres de los diferentes grupos de edad se realizaron la citología a pesar de conocer su utilidad y haber alcanzado la madurez biopsicosocial, en especial las que se encuentran entre los 20 a 29 años; situación que además se explica en lo siguiente: Probablemente a esta edad las mujeres estén cursando sus estudios superiores, o han iniciado su práctica laboral, en el Perú, este rango de edad es el promedio de entrada al mercado de trabajo; se suma a esto las barreras culturales para la realización de la citología, generalmente las mujeres

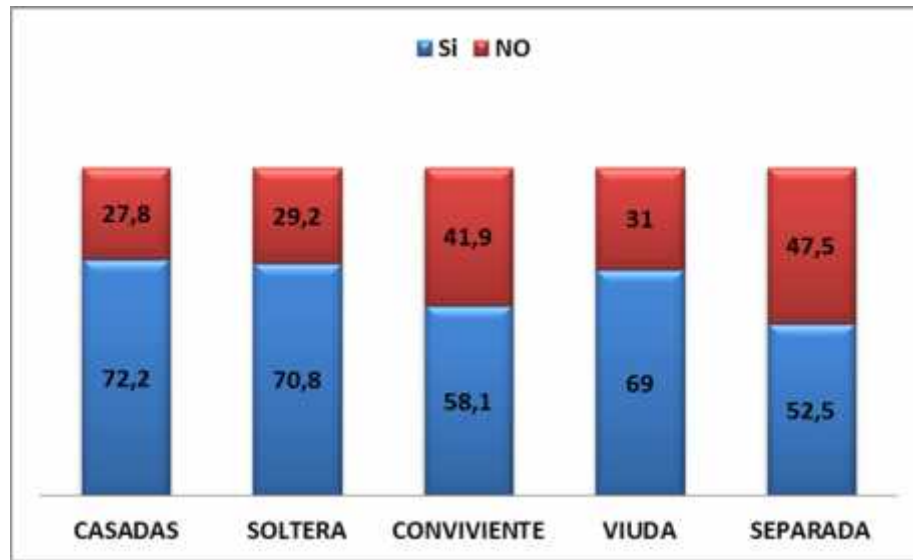
priorizan lo urgente (el cuidado del hogar y el trabajo) en lugar del auto-cuidado para la salud.⁴⁴

Los resultados son preocupantes, si se toma en cuenta que la edad más frecuente para el inicio de la vida sexual activa en la zona en estudio es de 16 años; si las usuarias tardan nueve o diez años en realizarse el PAP por primera vez, puede aumentar el riesgo de desarrollar CaCu, aunque la norma actual del Ministerio de Salud no toma en cuenta el inicio de las relaciones sexuales como referente para el inicio del tamizaje sino la edad, normándose su ejecución a partir de los 21 años.⁴⁵

Al comparar los resultados de nuestro estudio con otros similares, respecto a la edad y la realización de la citología destacan los estudios de Vega, et al²⁰ realizado en México, en el 2009, donde las mujeres que más se presentan a la prueba por primera vez, son las de 18 a 30 años y asisten en menor proporción las mujeres de 51 a 61 años. Otro estudio realizado por Romero, et al⁸ en Bolivia encontraron que el mayor porcentaje de realización estuvo constituido por el rango de mujeres en edades entre 40 a 49 años (84,2%), en tanto que de las mujeres que no se realizaron la prueba citológica, el mayor porcentaje estuvieron entre los 15 a 19 años (93,9%); encontrándose asociación estadística entre las variables edad de la mujer y la toma de muestra de papanicolau ($p < 0,05$).

En función de lo anterior, es relevante señalar que el CaCu afecta cada vez más a mujeres más jóvenes, por lo tanto, es importante que los servicios de salud promuevan el uso de la prueba citológica entre las mujeres a temprana edad.

Gráfico 3. Citología cervical en mujeres en edad fértil según estado civil. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 4 (Anexo 2)

En el gráfico 3, se aprecia que del total de mujeres que se realizaron la citología cérvico vaginal, el mayor porcentaje (72,2%) corresponden a las casadas, mientras que, entre las mujeres que no se hicieron, el mayor porcentaje lo constituyen las separadas (47,5 %). Como se observa, hay una menor tendencia a no realizarse la prueba PAP en las mujeres separadas en comparación con las mujeres casadas, probablemente la mujer que no tiene una relación marital estable descuida en parte su salud, ya sea porque no tiene el tiempo suficiente para hacerse un control rutinario, porque tiene que trabajar para poder compensar la falta de apoyo económico que significa el no tener la pareja en casa, por el hecho de no contar con un seguro de salud o al no tener pareja, en la actualidad no se siente susceptible a presentar alguna enfermedad ginecológica.

No se encontró asociación estadística entre la variable estado civil y toma de la citología cérvico uterina ($p>0,05$); aunque se aprecia que en las mujeres separadas hay una mayor tendencia a no realizarse el test.

Los resultados presentados en el estudio son similares a los reportados por Cerna, et al²⁸ en Chiclayo, Perú donde la mayor proporción correspondió a las casadas (96,4%), mientras que las mujeres que no se hicieron la prueba eran solteras. Contrariamente los datos mostrados en Puerto Rico por Ortiz, et al¹⁸ en el 2010, las mujeres divorciadas o separadas tenían una probabilidad mayor de haberse hecho pruebas de detección. De manera similar a nuestros resultados no se encontró asociación estadística entre las variables estado civil y la citología cérvico uterina ($p>0,05$).

Gráfico 4. Citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil según grado de instrucción. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 5 (Anexo 2)

Respecto a la escolaridad y la realización de prueba citológica (gráfico 4), los mayores porcentajes corresponden a las mujeres que tienen instrucción secundaria (74,8%), y superior (66,1%), y la no realización lo presentan aquellas mujeres con instrucción primaria (55,1%). También se encontró asociación estadística entre las variables grado de instrucción y citología cérvico uterina ($p < 0,05$); siendo el grupo de mujeres con instrucción primaria, las que muestran una mayor tendencia a no realizarse la prueba citológica.

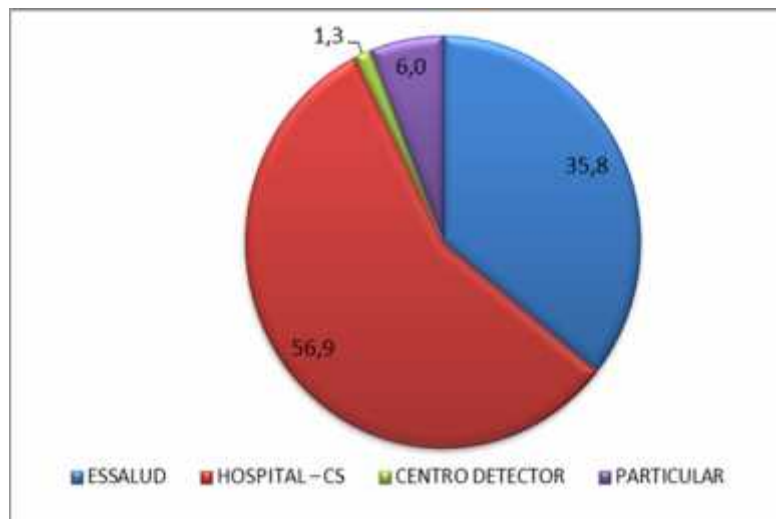
Resultados contrarios reportaron Tourinho, et al¹⁵ quienes señalaron en su estudio acerca de la no realización del tamizaje en mujeres del Municipio de Porto Velho, Brasil, que el grado de instrucción no se detectó como significativo ($p > 0,05$) para que las mujeres se practiquen la prueba PAP. Un 82,8% declaró haberse realizado alguna vez el examen de papanicolau.

El grado de educación formal motivo de este análisis, es un parámetro absolutamente objetivo y mensurable en casi todas las personas. Por lo tanto, consideramos que podría ser un buen indicador para clasificar grupos de riesgo con respecto a diferentes neoplasias, especialmente el cáncer de cuello uterino, que afecta fundamentalmente a las mujeres pobres. Partiendo de que el analfabetismo o la baja escolaridad impiden que la mujer tenga conocimiento acerca de las neoplasias. Es decir, desconoce la necesidad de hacerse una prueba de papanicolau o la existencia misma; tiene dificultad para vencer los tabúes relacionados con el examen ginecológico; o porque no tiene acceso a los servicios de salud, y como consecuencia no recibe información sobre el tema.

Al respecto Morales²¹ en su estudio muestra que la escolaridad, así como la falta de difusión oportuna y adecuada son barreras que influyen en la realización de la prueba PAP y que determinan la negación de la citología cervicovaginal.

De esta manera se concluye que el nivel educativo de la población es un factor que se constituye en un factor que favorece el entendimiento y la práctica de dicho examen.

Gráfico 5. Citología cervical en mujeres en edad fértil según lugar de ejecución de la muestra. Jaén, 2012



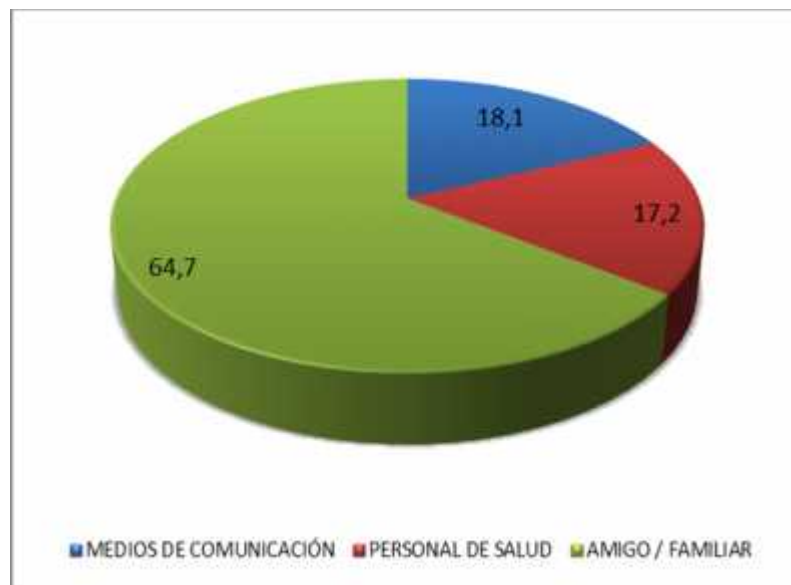
Fuente: Tabla 6 (Anexo 2)

De las mujeres que se realizaron la prueba de papanicolau, más del 90% lo hizo en un establecimiento de salud, y 1,3% en un Centro Detector del Cáncer. El elevado número de citologías cervicales realizadas en establecimiento de salud, pueden atribuirse al hecho de que en épocas recientes el tamizaje de papanicolau se ha

incluido como un procedimiento de rutina durante la consulta médica ginecológica o como parte de la planificación familiar.

En Jaén no existe centro detector de cáncer, los establecimientos de Salud privados tampoco poseen la capacidad resolutive para ofertar servicios de detección de CaCu, es probable que se trate de referencias o demanda voluntaria en establecimientos de salud de otra región del país.

Gráfico 6. Citología cervical en mujeres en edad fértil según fuente de información. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 7 (Anexo 2)

De las mujeres que se realizaron la prueba de papanicolau, el mayor porcentaje (64,7%) refirió haber recibido información acerca de la prueba de parte de un amigo o familiar, y sólo el 17,2% de parte del personal de salud. Los resultados ponen en evidencia la importancia de las redes sociales (familia, amigos) como

elemento protector de la salud. Sin embargo, en algunos casos en vez de ser un elemento facilitador, puede convertirse en una barrera para la acción, la información acerca de la citología que reciben las mujeres por parte de sus vecinas o amigas es que este es un examen doloroso o traumático lo que en algunas ocasiones genera dificultad para su realización.

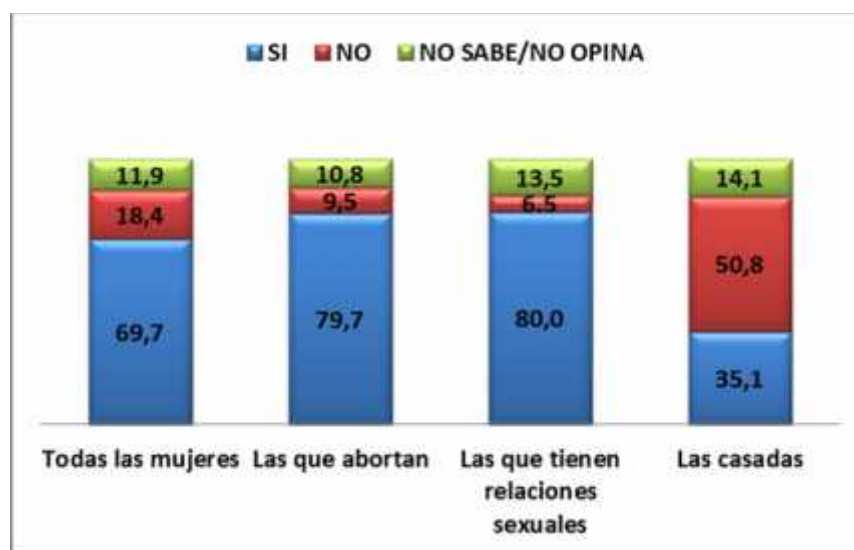
Llama la atención el bajo porcentaje de mujeres que reciben información del personal de salud, que se supone son los encargados de ejecutar la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de las ITS; VIH, SIDA y específicamente la estrategia de Promoción de la Salud ante Información, Educación y Comunicación (IEC) en el área de salud sexual y reproductiva del sector de la Salud. Es importante destacar el papel que desempeñan los profesionales de la salud en la educación de la población. Son ellos los encargados de incentivar a la población femenina a realizarse el examen citológico, su utilidad, los factores de riesgo del cáncer cervical, incidiendo en el inicio temprano de la prueba citológica, para que así las mujeres tengan mayores posibilidades de ser sometidas a exámenes médicos y a otras medidas clínicas de tipo preventivo de manera oportuna y adecuada.

Los resultados, difieren de los reportados por Santisteban en Piura, quien observó que la falta de información sobre el cáncer de cuello uterino, determinó la inasistencia a la toma de muestra de PAP, reportando que la mayoría de mujeres (57,3%) refirieron haber sido informadas por otras personas que no fueron médicos ni obstetrices y en este grupo se reporta el nivel de información malo, mientras que

el 42,7% fue informada por el personal de salud. Morales²¹ en el 2009 al determinar los factores que influyen en la negativa para la realización de la citología cervicovaginal en México; la falta de difusión oportuna y adecuada, la vergüenza, así como la falta de información sobre el examen y utilidad de la prueba, fueron las principales barreras para que las mujeres no acudan a la detección oportuna del cáncer de cuello uterino.

Sánchez¹⁹ en su estudio en Bolivia concluyó que el factor principal para la falta de afluencia para la realización de PAP, es la falta de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y papanicolau. El 12% conoce que es el PAP y solo 30% lo han realizado.

Gráfico 7. Mujeres en edad fértil según conocimiento sobre quienes deben hacerse la prueba citológica. Jaén, 2012

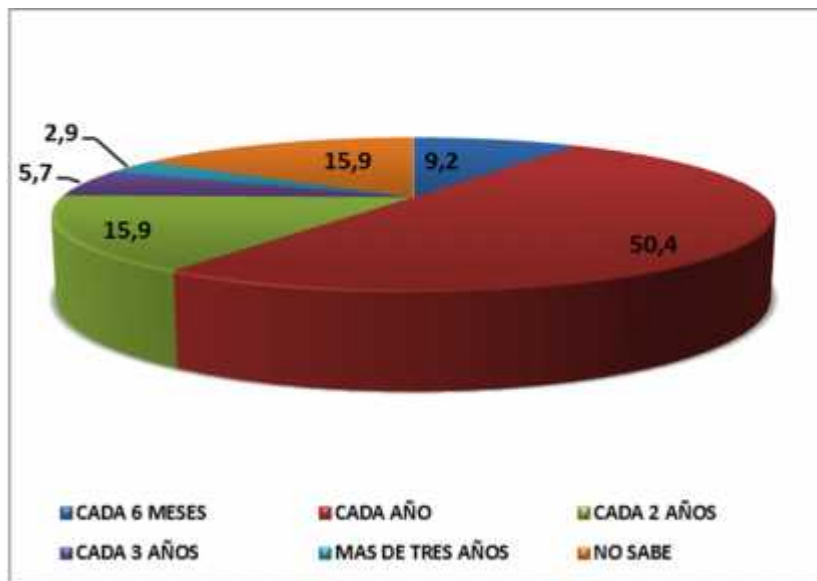


Fuente: Tabla 8 (Anexo 2)

Respecto a la pregunta si conocen quiénes deben realizarse la prueba de papanicolau, el mayor porcentaje de las entrevistadas consideró que se la deben realizar las mujeres que tienen relaciones sexuales (80%), seguido de las que señalaron que deberían realizarse las que abortan (79,7%); asimismo, se observó que el 50,8% consideró que las mujeres casadas no tienen necesidad de realizarse la prueba.

Las mujeres reflejan tener conocimientos sobre quienes deben hacerse la citología, como vemos las respuestas no son excluyentes, según el Ministerio de Salud del Perú, todas las mujeres que ya tienen vida sexual deben hacerse el examen citológico a partir de los 21 años.^{40.45}

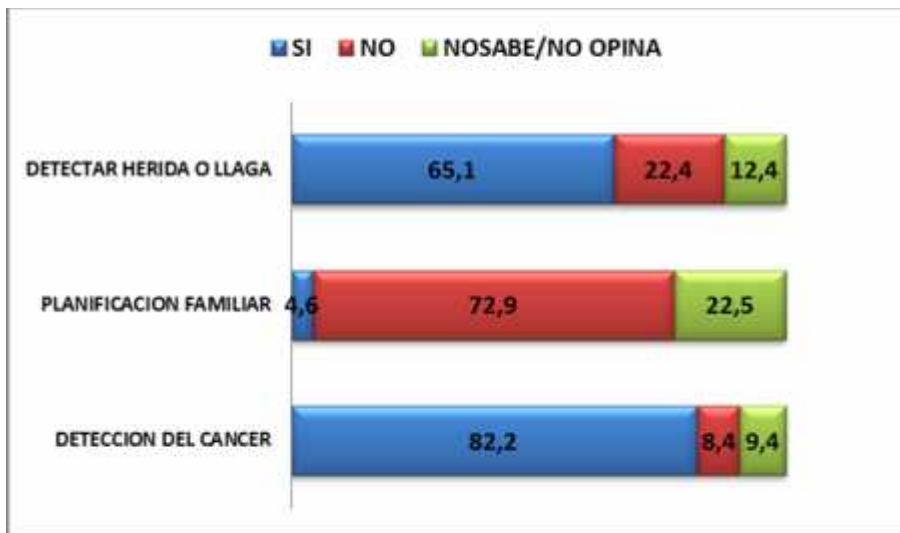
Gráfico 8. Conocimiento acerca de la frecuencia de la citología cervico uterina en Mujeres en edad fértil. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 9 (Anexo 2)

En cuanto a la frecuencia de realización de la citológica cervical, el 50% de mujeres refiere que la prueba papanicolau debe hacerse anualmente; el 15,9 % dijo no conocer. Si tomamos como referencia las normás técnicas del Ministerio de Salud,⁴⁵ de la Liga Contra el Cáncer,⁴⁰ se infiere que un alto porcentaje de mujeres en edad fértil, conoce la frecuencia de realización de la prueba citológica. Resultados que guardan relación con la poca información que reciben del personal de salud, y con la edad de la mujer. La norma indica que, el tamizaje debe hacerse anualmente partir de los 21 años, cada tres años entre los 25 a 50 años, entre los 50 a 65 años cada cinco años, y en los mayores de 65 años se debe discontinuar. Podríamos decir que las mujeres de la ciudad de Jaén conocen la frecuencia de realización de la citología cervical.

Gráfico 9. Mujeres en edad fértil según conocimiento acerca de la utilidad de la prueba citológica. Jaén, 2012

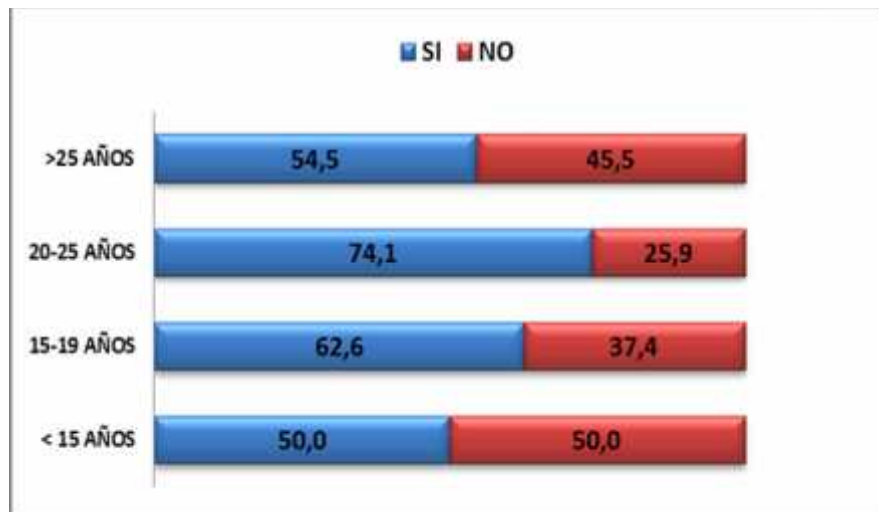


Fuente: Tabla 10 (Anexo 2)

Cuando se les interrogó acerca de la utilidad de la citología cervical, el 82% de las mujeres respondieron, que es para detectar el cáncer de cuello uterino, porcentaje apenas un poco mayor al encontrado en el estudio realizado entre mujeres argentinas por Badr¹⁴ et al, donde solo el 20,5% respondió que es necesario hacerse el examen para detectar cáncer de cérvix.

Así mismo, la mayoría considera que la citología cervical debe realizarse en todas las mujeres que tienen relaciones sexuales (80%), con un intervalo o frecuencia de un año o menos (59,5%), señalando entre las condiciones para realizarse una correcta prueba: no estar menstruando (83,2%), no haber tenido coito (68,1%) y no haberse realizado ducha vaginal (41,9%). Es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre-saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos.

Gráfico 10. Mujeres en edad reproductiva según edad de la primera relación sexual, y la citología cervical. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 11 (Anexo 2)

Del total de mujeres encuestadas que se hicieron la citología cervical, el 74,1% refirieron haber tenido su primera relación coital entre los 20 a 25 años, y entre las mujeres que no lo hicieron la mayor proporción correspondió a aquellas mujeres con edad de inicio de las relaciones coitales antes de los 15 años de edad (50%), encontrándose asociación estadística entre la edad de la primera relación coital y la toma de muestra de papanicolau ($p < 0,05$). Estos resultados son similares a los reportados por Cerna, et al²⁸ en Chiclayo, quienes, encontraron asociación entre la coitargia de la mujer y la toma de muestra de papanicolau ($p < 0,05$).

Leonel⁴⁶, refiere que el cáncer de cuello uterino es más frecuente en mujeres con inicio temprano de su vida sexual, en su estudio verifica que casi la mitad de mujeres tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 17 años, con un porcentaje de 47,3%, alcanzando el 90% hasta los 23 años. Morris⁴⁷ afirma en las mujeres que inician actividad sexual antes de los 17 años se constata un riesgo 5 veces mayor que en las mujeres cuyo primer coito es mayor a los 23 años y de allí su relación con el Virus de Papiloma Humano (VPH), cuando las relaciones sexuales se inician a temprana edad sin la protección del condón pueden ser un factor de riesgo para que la mujer desarrolle el VPH, que puede desencadenar en cáncer de cuello uterino. Lo anterior debido a que el desarrollo físico del aparato reproductor femenino no ha logrado la madurez y está más expuesto a adquirir infecciones. Además, entre más temprana la edad de inicio de las relaciones sexuales es más probable que aumente el número de parejas sexuales, incrementado así el riesgo de infecciones.

Aspecto que también se relaciona con lo señalado por González et al⁴⁸, en relación a que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años de edad aumenta el riesgo para esta patología, quien también destaca el hecho de que mientras más temprano se inicia la actividad sexual, más temprano se desarrolla la enfermedad, obviamente, porque la exposición y eventual adquisición del virus también ocurre en forma más precoz.

La relación entre neoplasia cérvico uterina y edad temprana del primer coito, indica un periodo de mayor susceptibilidad del cuello uterino a los carcinógenos, ya que existiría un tiempo de exposición más prolongado a un agente de transmisión sexual,

Si bien, la edad de inicio de las relaciones coitales en las mujeres es cada vez más precoz, también se puede observar que existe una tendencia a realizarse la prueba de tamizaje. El hecho de contar con un seguro de salud, hace que las mujeres puedan estar mejor informadas y por lo tanto tener mayores posibilidades de realizarse la prueba ya sea como control rutinario o como parte de los exámenes que se realizan en el control del embarazo.

Gráfico 11. Aspectos socioculturales: Razones por las que las mujeres en edad fértil no se realizaron la prueba citológica. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 12 (Anexo 2)

En el gráfico 11, se observa que el temor al resultado es la principal razón para que las mujeres no se someten a la prueba PAP(62,3%), el 59,4% lo atribuyeron a la falta de interés, en tanto que el 53,6% lo asoció al dolor que causa el procedimiento, todos estos aspectos están relacionados con la decisión de la usuaria, que son consecuencia de no haber recibido la información necesaria acerca del tema y que reflejan las creencias erróneas acerca de la prueba PAP. El costo de la prueba no es identificado como barrera para la realización del examen, porque el tamizaje como medida de prevención del cáncer de cuello uterino, es gratuito en todos los establecimientos del Minsa.

El temor a los resultados de la prueba es una de las razones por las que las mujeres retrasan la edad de hacerse la prueba por primera vez, la falta de información y la

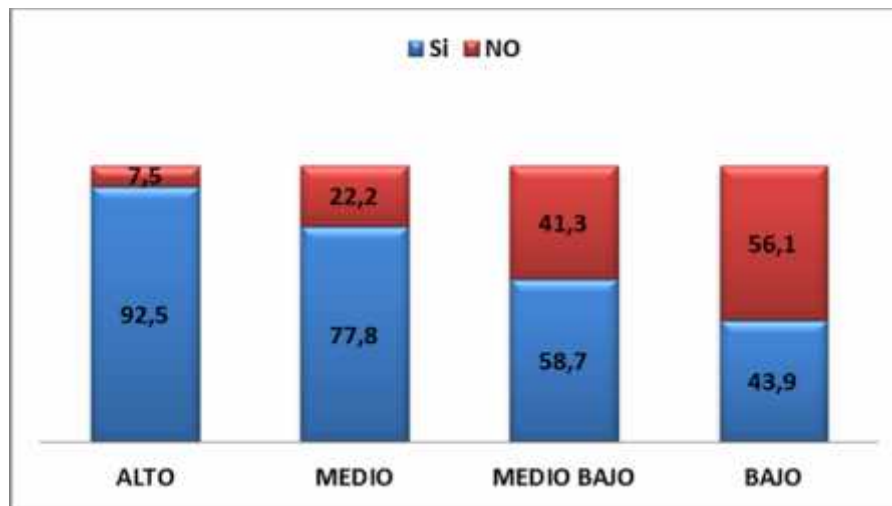
poca proyección de algunos establecimientos hacia la comunidad influyen en parte para que la mujer rompa ese mito y se practique la prueba cada vez más pronto.

Diversos estudios como los de Ybarra, et al⁹ y Morales²¹ en México; Urrutia, et al²² en Chile, corroboran los resultados del estudio al señalar entre los factores relacionados con el limitado uso del tamizaje, la vergüenza o pudor, la falta de consentimiento de la pareja, dejación y la falta de tiempo por parte de las mujeres, la escasa información sobre la utilidad de la prueba, la falta de difusión oportuna y adecuada, lo que hace evidente las deficiencias en la labor de consejería que se brinda en los establecimientos de salud;

Los resultados también son consistentes con los mostrados por Garcés, et al¹¹ en su estudio sobre factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia, quienes señalan que las usuarias mencionaron miedo a practicarse la citología y al diagnóstico, incomodidad/dolor, como las principales barreras para el tamizaje rutinario. En esa misma línea Cruz, et al¹³ indican que el 56% de mujeres no se realizó el examen de papanicolau por falta de conocimiento.

3.3. Factores económicos en mujeres en edad fértil y la citología cervical en la ciudad de Jaén

Gráfico 12. Mujeres en edad fértil según estrato económico y la realización de la citología cervical. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 13 (Anexo 2)

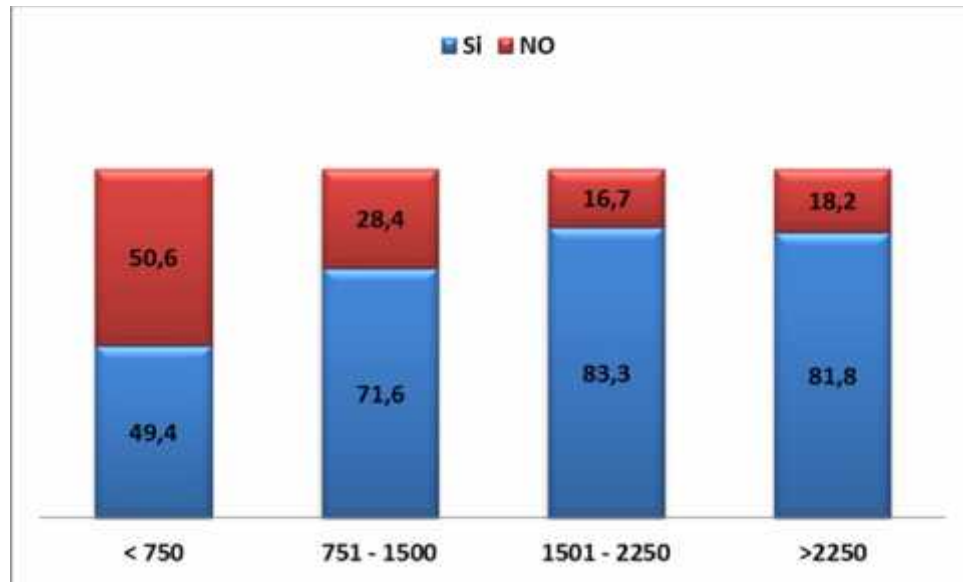
El gráfico 12 muestra que, el segmento de mujeres con nivel económico alto en mayor proporción se realizaron la prueba de papanicolau (92,5%). Por el contrario en el segmento de las mujeres de nivel económico bajo y medio bajo se observa el mayor porcentaje de no realización de la prueba (56,1% y 41,3% respectivamente).

Se encontró asociación estadística entre las variables nivel económico y la citología cérvico uterina ($p < 0,05$). Las mujeres con bajo nivel económico muestran una mayor tendencia a no realizarse la prueba de PAP comparativamente con las de nivel socioeconómico alto.

Las condiciones económicas de la población de estratos económicos bajos sumados al temor de los resultados, el desconocimiento de su importancia, el pudor entre otros aspectos explicaría la baja cobertura en la detección de cáncer cérvico uterino. Los resultados son corroborados por Ybarra, et al⁹ quienes refieren que en México existe una baja prevalencia de uso de la prueba de papanicolau y entre los factores que se han relacionado a su limitado uso están el pudor, la falta de información sobre la utilidad de la prueba o la falta de consentimiento de la pareja. Además en Brasil, Gomes, et al²³ señalan que los profesionales de salud podrían intervenir en la consulta haciendo hincapié en la prevención del CaCu, la importancia de recibir el resultado y haciendo un seguimiento regular.

El cáncer de cuello uterino que puede ser diagnosticado y tratado oportunamente refleja las desigualdades entre pobres y ricos y es el ejemplo de la más dolorosa de las inequidades en salud porque daña a las madres de los estratos sociales económicamente desprotegidos. Desde esta perspectiva necesitamos elevar la capacidad de agencia de las mujeres para transformarse a sí mismas y para desarrollar las capacidades y potencialidades a nivel individual y colectivo, que les permitan asumir el control de su autocuidado y otras realidades, mediante una acción comprometida, consciente y crítica.

Gráfico 13. Mujeres en edad fértil por ingreso económico y la realización de la citología cervical. Jaén, 2012



Fuente: Tabla 14 (Anexo 2)

Respecto a la realización de la prueba de la citología cervical y el ingreso económico, en el gráfico 13 se evidencia que las mujeres que cuenta con un ingreso económico superior a 1500 nuevos soles, con mayor frecuencia (83,3% y 81,8%) se realizan el examen. Contrariamente las mujeres que no se realizaron el tamizaje, el mayor porcentaje tienen un ingreso económico menor al sueldo mínimo vital (50,6%).

En el estudio se encontró asociación estadística entre el nivel económico y la toma de muestra de papanicolau ($p < 0,05$). Concluyendo que las mujeres con bajo nivel económico tienen mayor tendencia a no realizarse la prueba de PAP a diferencia de las de nivel socioeconómico alto. Coincidentemente con los resultados del presente estudio, el realizado en Puerto Rico, por Ortiz, et al¹⁸ en el 2010, los resultados

mostraron que las mujeres que tenían ingresos más altos presentaban una mayor probabilidad de haberse hecho una prueba de papanicolau que las mujeres con ingresos económicos menores.

En síntesis, de acuerdo con la teoría que dió soporte teórico al estudio, podemos decir que los resultados encuentran sustento en el Modelo de Creencias en Salud de Becker⁴², modelo que intenta comprender por qué los sujetos se implican o no, en determinadas acciones relacionadas con la salud, haciendo énfasis en ciertas dimensiones como: *La susceptibilidad percibida*, dimensión que valora cómo las mujeres varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a contraer el CaCU, desde la mujer que niega cualquier posibilidad de contraer la enfermedad, hasta las que expresan su convencimiento de estar en peligro de contraerla. *La severidad del problema* que se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer el cáncer de cuello uterino, si las mujeres en este caso se sienten amenazadas por el cáncer de cuello uterino se harán la prueba PAP de lo contrario no; se suma a esto la percepción de los *beneficios percibidos*, si las mujeres perciben como eficaces las recomendaciones del médico o personal de salud se harán su tamizaje de manera regular. Los cursos de acción que asumen las mujeres están influidos por las normas, e incluso por las presiones del grupo social al que pertenecen. En este caso hay mujeres que se sienten susceptibles, perciben la gravedad del problema y los beneficios del examen citológico y otras no, posiblemente influidas por barreras de diversa índole que impiden la toma de decisión de hacerse el examen citológico.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente trabajo de investigación obtuvo las siguientes conclusiones:

1. Una alta proporción de mujeres en edad fértil en la ciudad de Jaén se realizaron la citología cervico uterina.
2. La edad, el nivel de escolaridad, los conocimientos sobre la citología cervico uterina, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el temor a los resultados, el dolor durante el examen, la falta de interés y la escasa información, se constituyen en barreras de tipo sociocultural, que al actuar sinérgicamente impiden la realización del tamizaje.
3. Las mujeres con bajo nivel económico tienen mayor tendencia a no realizarse el tamizaje a diferencia de las mujeres de nivel socioeconómico alto.
4. Existe relación significativa entre algunos factores socioculturales, económicos y la citología cervical en mujeres en edad fértil en la ciudad de Jaén ($p < 0,05$).

De las conclusiones obtenidas en el trabajo de investigación, surgen las siguientes recomendaciones:

1. Profundizar investigaciones analíticas para verificar las causas de no aceptación de la prueba de papanicolau y poder revertirlas.
2. Es necesario, que se desarrollen políticas públicas intersectoriales que conduzcan a superar las fallas del sistema de salud, la dificultad de acceso a exámenes preventivos y las barreras identificadas para la no realización del

tamizaje cervical. Los profesionales de la salud deben promover la responsabilidad personal y la toma de conciencia de conductas saludables, como es la práctica regular del tamizaje de papanicolau como una medida de importancia para la prevención del cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud colectiva* [online]; 2012, vol.8, n.3, pp. 247-261. ISSN 1851-8265.
2. Arauzo G. Epidemiología del carcinoma del cuello uterino, Perú; 2012. [online] [Consulta: 15 septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/epicancercervical.htm>.
3. Solidoro A, Olivares L, Castellanos C, et. al. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. *Rev Diagnostico*. Vol.43 n°1. Lima – Perú / Enero – Febrero; 2004. Disponible. En :<http://ginecologiaperu.com/?q=node/5>.
4. Reyes J, Colacho I, Romero de García P, et. al. Factores que influyen en la falta de realización de citología en mujeres sexualmente activas en la Comunidad los Héroos de la unidad de salud el Palmar de Santa Ana de septiembre; 2011 a marzo 2012. El Salvador.
5. Restrepo H, Herrero R. Detección (screening) de cáncer ginecológico en América Latina. Washintog: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial del Perú. [Consulta: 15 septiembre; 2013]. Disponible en: [http:// www.scielo.br/scielo.php?scrip=scinlinks&ref=000113&pid=s0102-311x199800050001200008&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=scinlinks&ref=000113&pid=s0102-311x199800050001200008&Ing=en).
6. Castillo I, Aguilar K, Balaguera D, et al. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico uterina por mujeres de Cartagena. Colombia; 2013; 18(2):123-134.

7. Barrientos J, Colocho I, Romero P, et al. Factores que influyen en la falta de realización de citología en mujeres sexualmente activas en la comunidad los héroes de la unidad de salud el palmar de Santa Ana; 2012.[consulta: septiembre, 2013]. Disponible en: <http://unasa.edu.sv/main/procesosdegrado/articulos/2012/archivos/Medicina/>
8. Romero K, Rojas J. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer Cérvicouterino en mujeres de 14-65 años, Comunidad Ramadas, Provincia Tapacarí-Cochabamba, gestión; 2012; Cochabamba, Bolivia. [Consulta: octubre 2013] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v15n1/v15n1_a06.pdf factores% 20 que% 20influyen% 20en% 20la% 20falta % 20de% 20 realizacion% 20 de% 20citologia% 20en% 20% 20del% 202011% 20a% 20marzo% 20del% 202012.ok.pdf
9. Ybarra J, Sagarduy B, Pérez E, et.al. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolau en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 2: 185-194, julio-diciembre; 2012.
10. Tafur Y, Acosta C, Sierra C. Prevalencia de citología anormal y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2012;14(1):53-66.
11. Garcés I, Rubio D, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev Fac. Nac. Salud Pública*. 2012; 30(1):7-16.
12. Contreras L, Martín E, Plata G, et. al. Actores psicosociales que afectan la asistencia a jornadas de pesquisa de VPH y cáncer de cuello uterino en mujeres del municipio Macapo, Venezuela; 2012.

13. Cruz K, Floreano L. Factores correlacionados en la presencia de cáncer cérvico uterino en mujeres de 45 a 49 años de edad en el comité de amigos de Solca de la ciudad de Machala de enero a marzo del 2012. Ecuador; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/3341>.
14. Badr P, Buedo P, Chedrese N. Cobertura de PAP: Barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. Archivos de Medicina Familiar y General. Argentina. Vol 9, N° 1 2012. Universidad Nacional del Sur. [Consulta, octubre 2013]. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/99>
15. Tourinho L, Guimarães D, Barreto P. et al. Factores que influyen en la realización del examen preventivo de cáncer cérvico uterino en Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil, Porto Velho-Rondônia-Brasil; 2011. [Consulta 12 octubre; 2013]. Disponible en :http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v2n2/es_v2n2n07.pdf.
16. López A. Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizarse el examen de papanicolau al centro de salud de sipacate, escuintla, de Junio 2010 A Junio 2011, Guatemala. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Disponible en:<http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/aurora%20marina%201%c3%93pez%201%c3%92pez.pdf>. [Consulta; septiembre 2013]
17. Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública], Bogotá; 2010, Disponible en:

- <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696>. 2011.pdf.[Consulta: octubre 2013].
18. Ortiz A, Heibi S, Serrano R, et.al. Factores asociados a la detección del cáncer de Cuello uterino en Puerto Rico. *Preventing Chronic Disease*; 2010; 7 (3). [Consulta, agosto 2013]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/may/09_0123_es.htm.
 19. Sánchez M. Factores que influyen en la baja afluencia para la toma de papanicolau en mujeres en edad fértil en el cantón de escoma en el segundo trimestre gestión; 2010. Bolivia. Disponible en: <http://tomadepapanicolau-miriam.blogspot.com/2011/09/factores-que-influyen-en-la-baja.htm>lega
 20. Vega J, Gutierrez S, Teran Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden al programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino: un acercamiento a la satisfacción con el servicio. *Invest. educ. enferm* [online]; 2009, vol.27, n.2, pp. 201-208. ISSN 0120-53
 21. Morales E. Factores que condicionan conducta de negación hacia la citología cervical, Morella Michoacan México; 2009. Disponible en: [http://biblioteca virtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/6147/1/factoresquecondicionanconductadenegacionhacialacitologiacervical.pdf](http://biblioteca.virtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/6147/1/factoresquecondicionanconductadenegacionhacialacitologiacervical.pdf).
 22. Urrutia M, Araya A, Poupin L. ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cérvico uterino auge del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; 2010 Fondo Nacional de Investigación en Salud SA05I20047, CONICYT, MINSAL, Chile. *revchilobstetginecol*; 75(5): 284–289.

23. Gomes L, Becerra A, Moreira C, et al. Examen de papanicolau: Factores que influyen a las mujeres a no recibir el resultado. Revista electrónica. Enfermería Global; 2010. Universidad Federal de Ceará - UFC. Brasil.
24. Santisteban C, Tejada S. Nivel de información *sobre* cáncer de cuello uterino y su relación con la asistencia a una campaña de *papanicolau*, Piura; 2012. Tesis para optar el grado de maestro en salud pública (consultado diciembre 2013). Disponible en <http://www.buenastareas.com/materias/tesis-sobre-papanicolaou/0>
25. Galán E, Díaz C, Rodas J. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino. Revista del cuerpo médico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Vol. 6, Nº. 2; 2013 , págs. 52-54.
26. Huamán M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas, Trujillo; 2010.[Consulta, octubre 2013]. Disponible en: <http://revistas.concytec.gov.pe/pdf/scientia/v2n2/a04v2n2.pdf>.
27. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de papanicolau) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 14, núm. 1, abril; 2010, pp. 39-49, Sociedad Peruana de Epidemiología. Perú.
28. Cerna A, García P. Factores que determinan la no realización del papanicolau en mujeres en edad fértil atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Essalud y Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo [Tesis de maestría]Universidad de Chiclayo, Chiclayo; 2005.

29. Lazcano P, Nájera P, Hernández M, et al. Evaluation model of the Mexican National Program for Early Cervical Cancer Detection and proposals for a new approach. *Cáncer Causes Control. Rev México*; 1998; vol.9 n° 3: 241 – 251. [Accesado, junio 2012]. Disponible. En:<http://www.springerlink.com/content/m21h656165154143/>.
30. Breilh J, Granda E. *Investigación de la salud en la sociedad*. 5a. edición. Quito: Ediciones CEAS; 1992.
31. Unicef. *Estado mundial de la infancia 2004: las niñas, la educación y el desarrollo*. Nueva York: Unicef; 2003
32. Choque R, Ramos R. *La educación como determinante social de la salud en el Perú*, Cuaderno No.2 Promoción de la salud, Lima; 2009, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
33. Farfán L, Barrón T, Jiménez M. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cérvicouterino. Monterrey, Nuevo León. *Rev Enferm IMSS*; 2004; 12(3): 123-130. [Consulta, 2 octubre 2013]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim043b.pdf>.
34. Arostegui A. *Creencias personales ¿Cuáles? ¿Cómo influyen en el día a día?*. Barcelona; 2013.
35. Santillana M, Vázquez C, Salazar A. Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino; 2004. *Salud pública Méx* vol.46 no.6 ; 23
36. Salvador A. Factores asociados a la inasistencia a toma de papanicolau en mujeres de 25 a 65 años de edad adscrita a la UMF 61. IMSS; 2013.

37. González J, González BJ, González E. 2004. Ginecología, 8ª edición, ed Masson, México, 435-460.
38. Suarez E. Medware Rev. Biomedica Revisado Purpares. Congresos: Edición Noviembre; 2006. [Consulta, octubre 2013]. Disponible en: <Http:www.mednet.al/link.csi/medware/puestadia/congreso1267>.
39. Agüero O, Nicholas G. Papanicolau y la citología. Obstetricia y Ginecología Venezuela; 2005 [Consulta, octubre 2013]. Disponible en: <Http:www.Scielunal.edu.co/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text.The%20Papanicolau%20classification%20in%20Bethesda%20system>.
40. Venegas G. Liga contra el Cáncer. Perú; 2012
41. Fishbein M. Developing Behavior Change Interventions. En Becker, T.E; David S, Y Soucy G, Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base For Technology Transfer. National institute on Drug abuse research Monograph 155. Rockville.
42. Becker M. La salud creencia enfermedad y modelo de comportamiento; 1974.
43. Hochbaum G, Kegeles S, Leventhal H, et al. Creencias en salud. Historia constructor y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 2001; 19(1): 91-101.<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0766.pdf>
44. Caballo G, Giraldo C. Auto barreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del Cáncer uterino. Colombia. *Aquichan* Vol. 11.No2. Bogotá mayo, agosto 2011.
45. Ministerio de Salud. Norma técnica sobre el control del cáncer de cuello uterino. Perú; 2011

46. Leoneol B. Plan Nacional de Prevención Integral de Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de Salud Pública, Uruguay; 2013
47. Morris M, Bodurka D. Cancer cervical. En: Copeland, editor. Ginecología. 2ª edición. Argentina: Médica Panamericana; 2002.p.1359-1386.
48. González C, Ortiz M, Canals J, et al. Higher prevalence of human papillomavirus infection in migrant women from Latin America in Spain. Sex Transm Infect. 2006; 82:260-262.

ANEXO 1a

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó con la siguiente fórmula:

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

Dónde:

N = 21838 = Total de MEF

Z = 1,96, tomado al 95% de confiabilidad.

p = 48% = 0,48= proporción de MEF que nunca se hizo la prueba de papanicolaou

q = 1 – p = 0,52= Proporción complemento de p.

t = 5% = 0,05 Tolerancia de error asumida por la investigadora.

Reemplazando valores se tiene:

$$n = \frac{(1,96)^2(0,48)(0,52)(21838)}{(1,96)^2(0,48)(0,52)+(21838-1)(0,05)^2} =$$

$$n = \frac{20939,6506}{0,95886336+54,59} = 376,94$$

$$n = 377$$

La muestra fue equivalente a 377 mujeres en edad fértil.

Reajustando:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{377}{1 + \frac{377}{21838}}$$

$$n = \frac{377}{1 + 0,0172635}$$

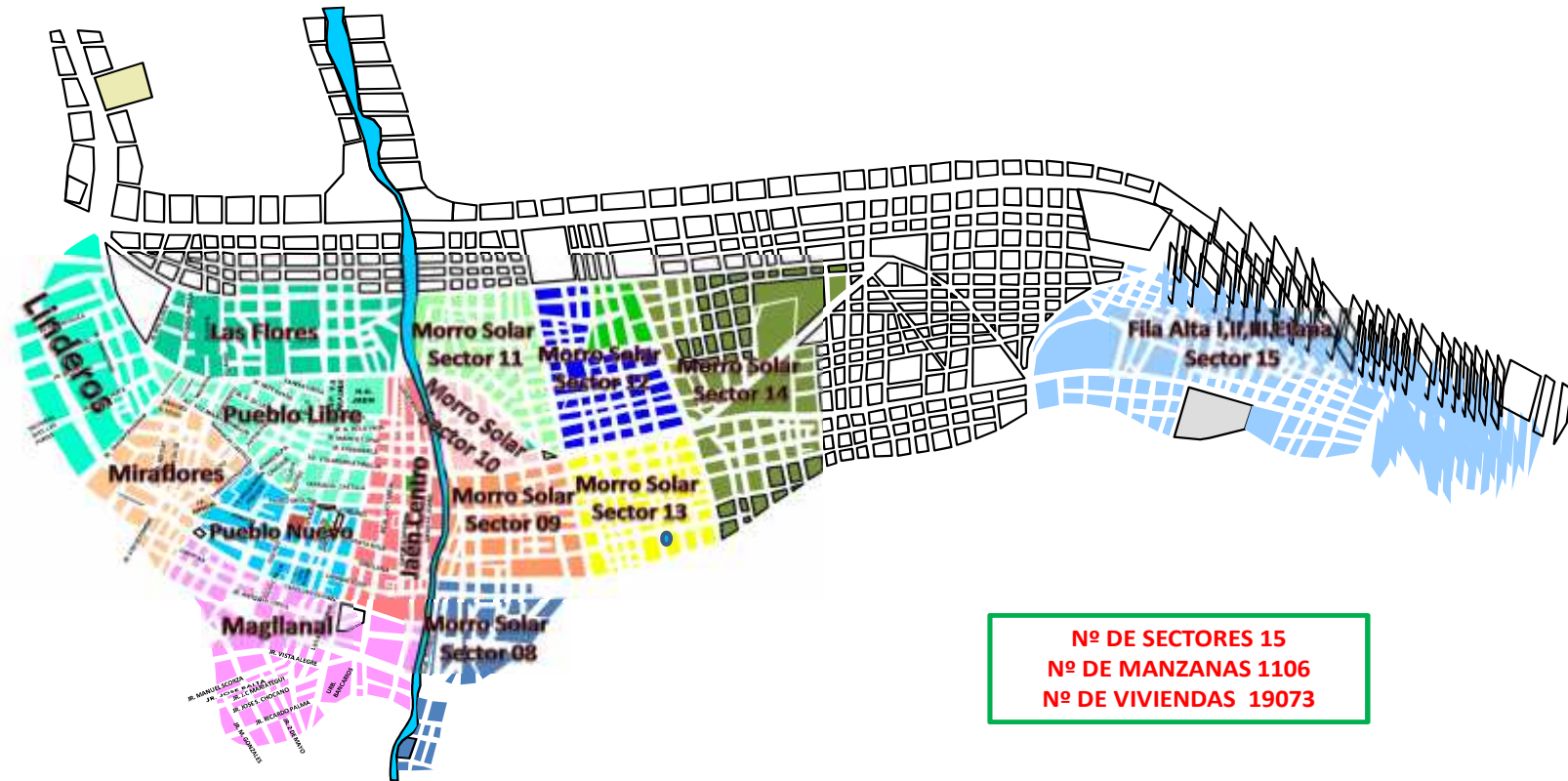
$$\mathbf{n = 370}$$

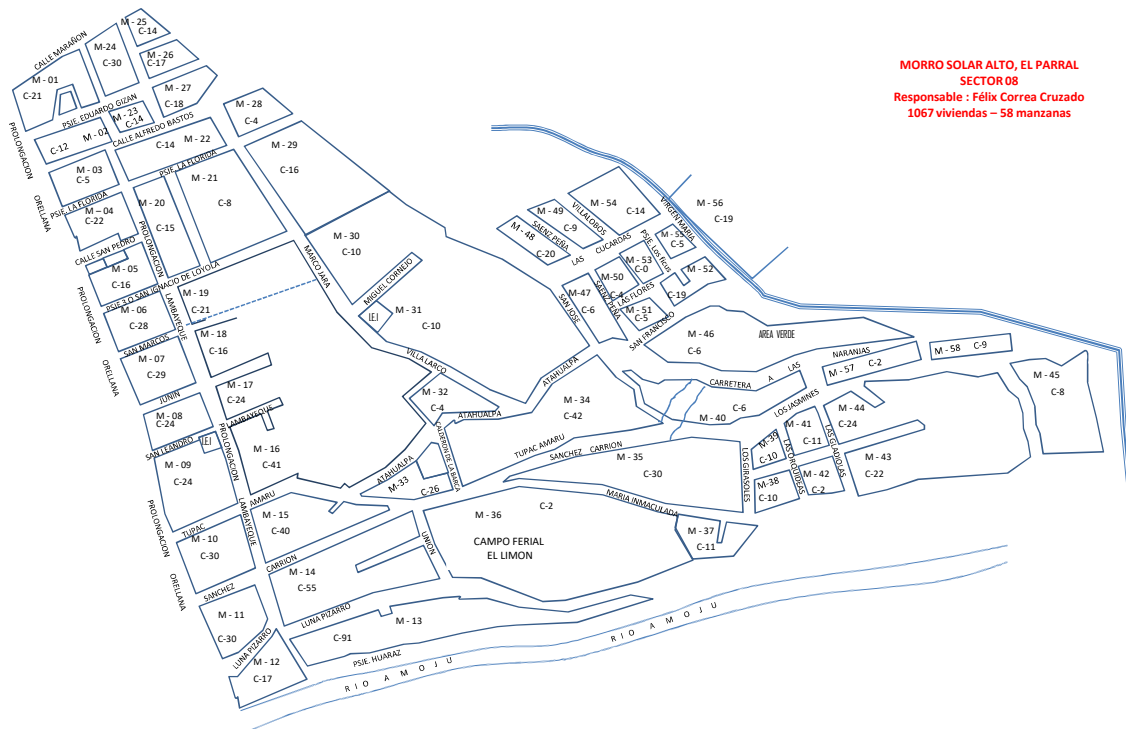
ANEXO 1b

Cuadro 2. Selección de la muestra. Identificación de conglomerados y viviendas. Ciudad Jaén

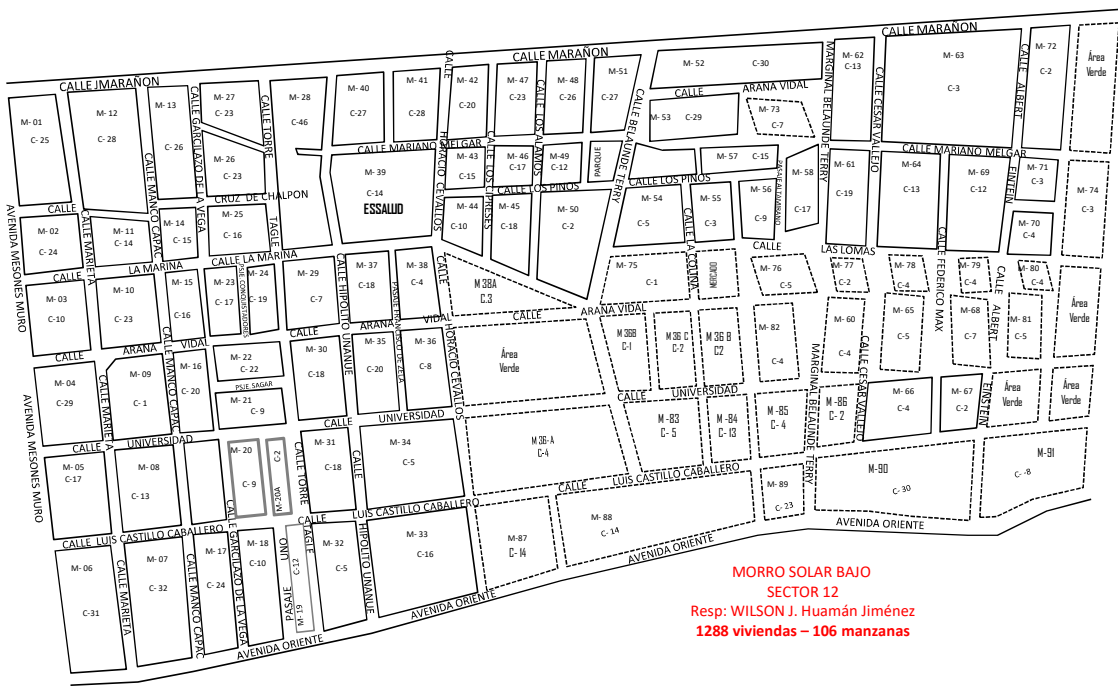
Nº	Sectores	Manzanas Total	Mz. (0.03)	Viviendas Total	Viviendas 0.025
1	Morro Solar Alto	90	3	1255	31
2	Morro Solar Bajo	106	3	1288	32
3	Morro Solar Centro 1	22	1	5791	145
4	Morro Solar Centro 2	51	2	1255	31
5	San Camilo	88	3	1255	31
6	Las Flores	41	1	400	10
7	Los Olivos	42	1	271	7
8	Pueblo Nuevo 1	36	1	946	25
9	Pueblo Nuevo 2	48	1	1054	26
10	Jaén Centro	55	2	1294	32
		579	18	14809	370

CROQUIS DE LA CIUDAD DE JAEN

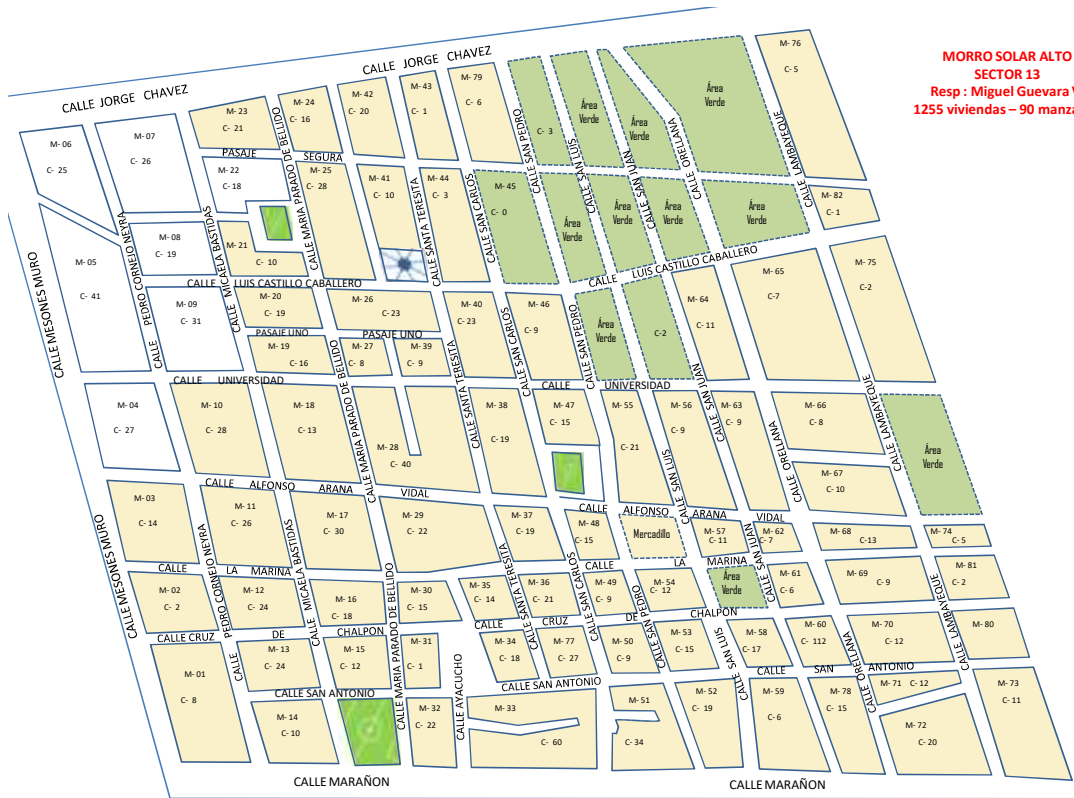




MORRO SOLAR ALTO, EL PARRAL
SECTOR 08
 Responsable : Félix Correa Cruzado
 1067 viviendas – 58 manzanas

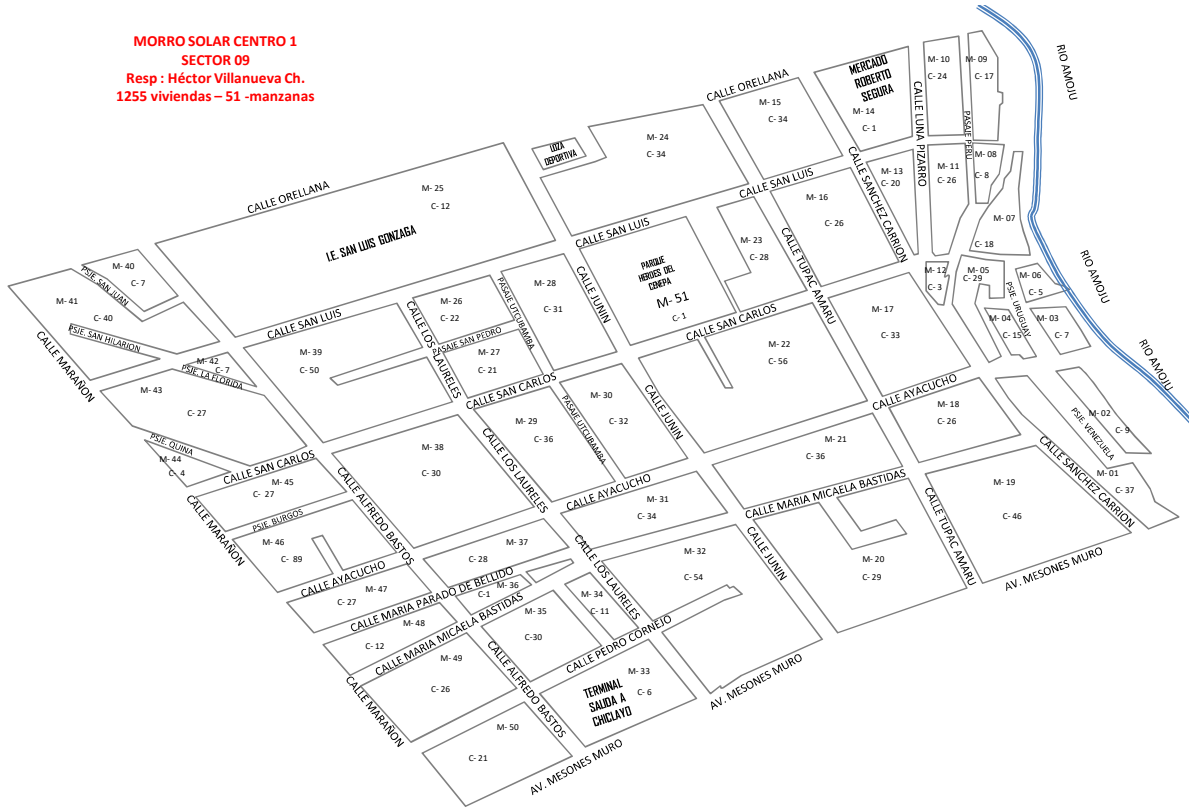


MORRO SOLAR BAJO
SECTOR 12
 Resp: WILSON J. Huamán Jiménez
 1288 viviendas – 106 manzanas

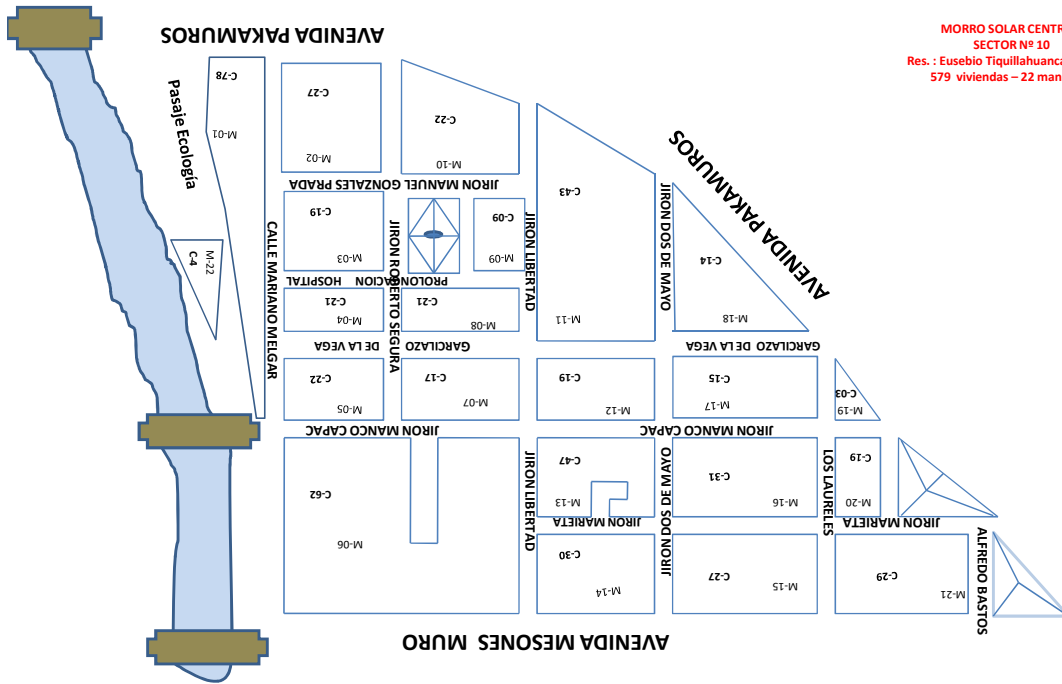


MORRO SOLAR ALTO
SECTOR 13
 Resp : Miguel Guevara V.
 1255 viviendas – 90 manzanas

MORRO SOLAR CENTRO 1
SECTOR 09
 Resp : Héctor Villanueva Ch.
 1255 viviendas – 51 -manzanas



MORRO SOLAR CENTRO 2
SECTOR Nº 10
 Res. : Eusebio Tiquillahuana Crisanto
 579 viviendas – 22 manzanas



SAN CAMILO – LAS PALMERAS
SECTOR Nº 11
 Resp : Segundo F. Ramos García
 1255 viviendas – 88 manzanas
ACTUALIZADO



**LAS FLORES
SECTOR 05**
Resp: Eusebio Tiquilla huanca
400 viviendas – 41 manzanas

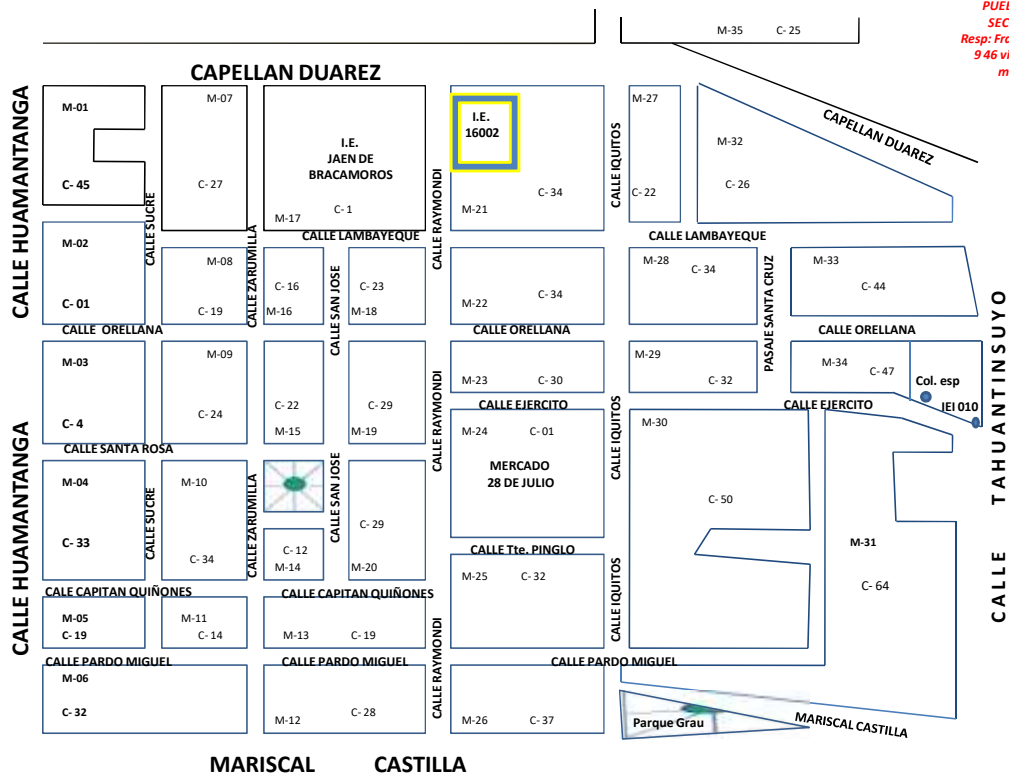
**LOS OLIVOS
SECTOR 05**
Resp: Eusebio Tiquilla huanca
272 viviendas – 42 manzanas

ORIGINAL

AVENIDA PAKAMUROS

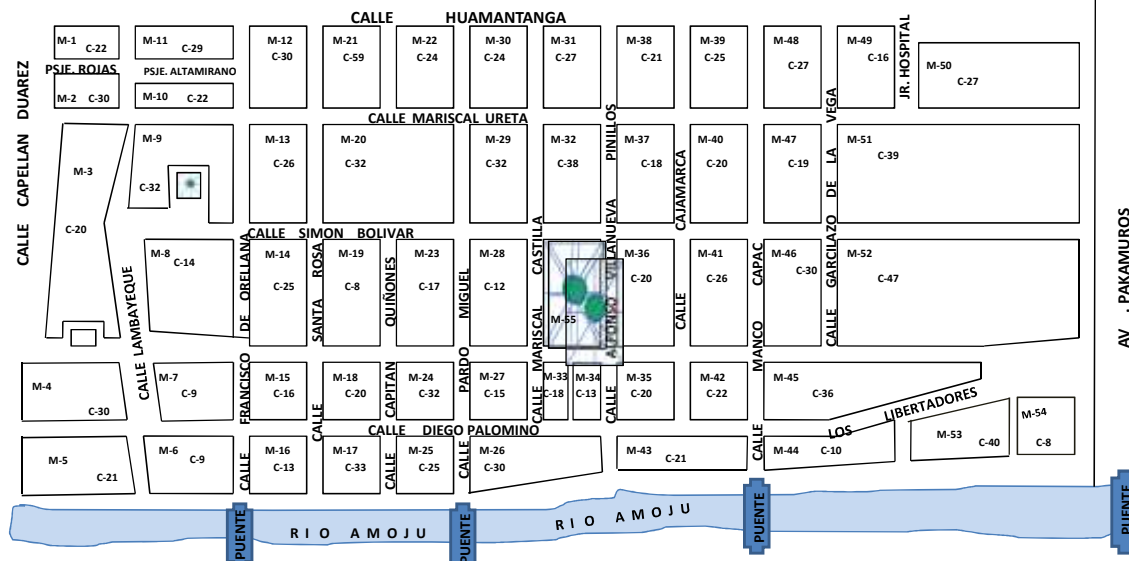


PUEBLO NUEVO
SECTOR Nº 03
Resp: Francisco Coronel
9 46 viviendas = 36
manzanas



JAEN CENTRO
SECTOR 01

Resp : Jaime Santa cruz .
1294 viviendas – 55manzanas



ANEXO 2

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes del estudio.

Características socio demográficas	n	%
	370	100
1. Edad		
15 a 19 años	33	8,9
20 a 20 años	100	27,0
30 a 39 años	159	43,0
40 a 49 años	78	21,1
2. Estado Civil		
Casadas	79	21,4
Convivientes	155	41,9
Viudas	29	7,8
Separadas	59	15,9
Solteras	48	13,0
3. Grado de instrucción		
Iletrada	17	4,6
Primeria	107	28,8
Secundaria	120	32,3
Superior	127	34,3

Fuente: Cuestionario aplicado. Jaén, 2012

Tabla 2.Citología cervical en mujeres en edad fértil según edad. Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	n°	%
SI	232	62,7
NO	138	37,3
TOTAL	370	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado. Jaén, 2012

Tabla 3. Citología cervical en mujeres en edad fértil según edad. Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	EDAD									
	15-19		20-29		30-39		40-49		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SI	21	63,6	48	48,1	109	68,5	54	69,2	232	62,7
NO	12	36,4	52	51,9	50	31,5	24	30,8	138	37,3
SUB TOTAL	33	100,0	100	100,0	159	100,0	78	100,0	370	100,0
TOTAL	33	8,9	100	27,0	159	43,0	78	21,1	370	100,0

$X^2_w = 13,8$ $X^2_T = 7,82$; G.L.= 3 = 0.05 p < 0.05

Tabla 4. Citología cervical en mujeres en edad fértil según estado civil. Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	ESTADO CIVIL											
	CASADA		SOLTERA		CONVIVIENTE		VIUDA		SEPARADA		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SI	57	72,2	34	70,8	90	58,1	20	69,0	31	52,5	232	62,7
NO	22	27,8	14	29,2	65	41,9	9	31,0	28	47,5	138	37,3
SUB TOTAL	79	10,0	48	100,0	155	100,0	29	100,0	59	100,0	370	100,0
TOTAL	79	21,4	48	13,0	155	41,9	29	7,8	59	15,9	370	100,0

$$X^2_w = 8.89$$

$$X^2_T = 9,49;$$

$$G.L. = 4 \quad = 0.05 \quad p > 0.05$$

Tabla 5. Citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil según grado de instrucción. Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	GRADO DE INSTRUCCIÓN									
	ILETRADA		PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SI	11	64,7	48	44,9	89	74,8	84	66,1	232	62,7
NO	6	35,3	59	55,1	30	25,2	43	33,9	138	37,3
SUB TOTAL	17	100,0	107	100,0	119	100,0	127	100,0	370	100,0
TOTAL	17	4,6	107	28,9	119	32,2	127	34,3	370	100,0

$$X^2_W = 14.389$$

$$X^2_T = 9.49;$$

$$G.L. = 4 = 0.05 p < 0.05$$

Tabla 6. Citológica cervical en mujeres en edad fértil según lugar de ejecución de la muestra. Jaén, 2012.

*	LUGAR DE TOMA DE PAP	nº	%
	Essalud	83	35,8
	Hospital – CS	132	56,9
	Centro detector	03	1,3
	Particular	14	6,0
	Total	232	100,0

*Cada Item se evaluó al 100%

Tabla 7. Citológica cervical en mujeres en edad fértil según fuente información. Jaén, 2012.

TIPO DE INFORMACIÓN RECIBIDA	nº	%
Medios de comunicación	42	18,1
Personal de salud	40	17,2
Amigo / familiar	150	64,7
TOTAL	232	100,0

* Cada Item se evaluó al 100%

Tabla 8. Mujeres en edad fértil según conocimiento sobre quienes deben hacerse la prueba citológica. Jaén, 2012.

QUIÉNES DEBEN HACERSE LA PRUEBA DE PAP	Si		No		No sabe/ No opina		total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Todas las mujeres	258	69,7	68	18,4	44	11,9	370	100,0
Las que abortan	295	79,7	35	9,5	40	10,8	370	100,0
Las que tienen relaciones sexuales	296	80,0	24	6,5	50	13,5	370	100,0
Las casadas	130	35,1	188	50,8	52	14,1	370	100,0

* Cada Item se evaluó al 100%

Tabla 9. Conocimiento acerca de la frecuencia de la citología cervico uterina en Mujeres en edad fértil. Jaén, 2012.

TIEMPO DEL RESULTADO DE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAP	n°	%
Un mes o menos	74	31,9
2 meses	38	16,4
3 meses	50	21,5
6 meses	20	8,6
No recuerda	50	21,5
TOTAL	232	100,0

* Cada Item se evaluó al 100%

Tabla 10. Mujeres en edad fértil según conocimiento acerca de la utilidad de la prueba citológica.
Jaén, 2012.

UTILIDAD DE LA PRUEBA DE PAP	Si		No		No sabe/ No opina		total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Detección del cáncer	304	82,2	31	8,4	35	9,4	370	100,0
Planificación familiar	17	4,6	270	72,9	83	22,5	370	100,0
Detectar herida o llaga	241	65,1	83	22,4	46	12,4	370	100,0

* Cada Item se evaluó al 100%

Tabla 11. Mujeres en edad reproductiva según edad de la primera relación sexual, y la citología cervical. Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL									
	< 15 AÑOS		15-19		20-25		>25		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Si	20	50,0	119	62,6	63	74,1	30	54,5	232	62,7
NO	20	50,0	71	37,4	22	25,9	25	45,5	138	37,3
SUBTOTAL	40	100,0	190	100,0	85	100,0	55	100,0	370	100,0
TOTAL	40	10,8	190	51,3	85	23,0	55	14,9	370	100,0

$X^2_w = 9.06$

$X^2_T = 7.82$

G.L.= 3 = 0.05 p < 0.05

Tabla 12. Aspectos socioculturales: Razones por las que las mujeres en edad fértil no se realizaron la prueba citológica. Jaén, 2012.

FRECUENCIA EN QUE DEBE HACERSE LA PRUEBA DE PAP	n°	%
Cree que es dañino	07	5,1
Cree que es costoso	11	7,9
Cree que duele al hacerlo	74	53,6
El esposo se opone	20	14,5
No le informaron acerca del examen	67	48,5
Falta de interés	82	59,4
Falta de tiempo	59	42,8
Temor al resultado	86	62,3

* Cada Item se evaluó al 100%

Tabla 13. Mujeres en edad fértil según estrato económico y la realización de la citología cervical.
Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	NIVEL SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICO									
	ALTO		MEDIO		MEDIO BAJO		BAJO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
SI	62	92,5	42	77,8	74	58,7	54	43,9	232	62,7
NO	5	7,5	12	22,2	52	41,3	69	56,1	138	37,3
SUBTOTAL	67	100,0	54	100,0	126	100,0	123	100,0	370	100,0
TOTAL	67	18,1	54	14,6	126	34,1	123	33,2	370	100,0

$X^2_w = 50.19$

$X^2_T = 7.82$

G.L.= 3 = 0.05 p < 0.05

Tabla 14. Mujeres en edad fértil por ingreso económico y la realización de la citología cervical. Jaén, 2012.

TOMA DE PAP	INGRESO ECONÓMICO									
	< 750		751 - 1500		1501 - 2250		>2250		< 750	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
SI	87	49,4	101	71,6	35	83,3	9	81,8	232	62,7
NO	89	50,6	40	28,4	7	16,7	2	18,2	138	37,3
SUBTOTAL	176	100,0	141	100,0	42	100,0	11	100,0	370	100,0
TOTAL	176	47,6	141	38,1	42	11,4	11	2,9	370	100,0

$X^2_w = 50.19$

$X^2_T = 7.82$

G.L.= 3 = 0.05 p < 0.05

ANEXO 3
CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN:

A continuación se plantea preguntas referidas a los factores socioculturales y económicos y la citología cérvico vaginal en mujeres en edad fértil de Jaén, por tanto se le solicita emitir datos verdaderos y serios al respecto.

I. DATOS GENERALES Y GINECO OBSTÉTRICOS

1. Dirección _____ Distrito _____
2. Fecha: _____
3. Edad: _____ Años cumplidos.
4. Grado de instrucción:
Iletrada () Primaria () Secundaria () Superior ()
5. Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente () Viuda () Otros ()
6. Cónyuge: Edad: _____ Ocupación: . _____
7. Número de hijos vivos _____ ninguno _____
8. Edad de su primera relación sexual _____
9. Tiene algún tipo de seguro de salud
Es salud ()
Minsa ()
Privado ()
No tiene ()
10. Usted se ha realizado la prueba de papanicolau.
Si () No ()
Por qué _____
Si la respuesta es NO pase a la pregunta 23
11. Dónde se ha realizado:

Es salud ()

- Centro detector del cáncer ()
- Otros ()
- Hospital o Centro de Salud ()
- Médico particular ()

12. A qué edad se realizó la primera prueba. _____

13. Se volvió a sacar otra prueba después de la primera toma.

Si () Cuando _____ No ()

14. Cuántas citologías cérvico vaginal se ha realizado hasta la fecha _____

15. Cuándo ha sido la última vez: meses: _____ Años: _____

16. En qué tiempo le entregaron los resultados del examen:

- Al mes ()
- A los seis meses ()
- A los dos meses ()
- A los tres meses ()
- No se acuerda ()

17.Cuál fue su resultado

Positivo () Negativo () No se ()

18. De quién obtuvo información sobre la citología cérvico vaginal:

- De los medios de comunicación ()
- Del personal de salud ()
- De una amiga ()
- Otros ()

19. Por qué se realiza regularmente la toma de citología cérvico vaginal.

II. FACTORES SOCIOCULTURALES

CONOCIMIENTOS SOBRE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL.

20. Sabe para qué sirve el examen de citología cérvico vaginal?

	SI	NO	NO SABE
Para detectar el cáncer de cuello uterino	()	()	()
Para planificar la familia	()	()	()
Para detectar herida en la matriz	()	()	()

21. Quiénes deben hacerse el examen de citología cérvico vaginal?

	SI	NO	NO SABE
Todas las mujeres sin excepción	()	()	()
Las mujeres que abortaron	()	()	()
Todas las mujeres que tienen o tuvieron relaciones sexuales	()	()	()
Solo las casadas	()	()	()

22. Con qué frecuencia se debe realizar:

Cada seis meses	()
Cada año	()
Cada dos años	()
Cada tres años	()
Más de tres años	()
No sé	()

23. ¿Qué condiciones se requieren para la toma de citología cérvico vaginal?

	SI	NO	NO SABE
Haber realizado lavados vaginales el día anterior	()	()	()
Haber tenido relaciones sexuales el día anterior	()	()	()
Estar menstruando	()	()	()

III. CREENCIAS

24. ¿Cuáles cree son los motivos o razones por los que una mujer No se realiza la citología cérvico vaginal?

Es dañino	Si	No	No se
-----------	----	----	-------

Es costoso	Si	No	No se
Causa dolor	Si	No	No se
Su esposo se opone	Si	No	No se
Carece de informaron acerca del examen	Si	No	No se
No tiene interés	Si	No	No se
Por falta de tiempo	Si	No	No se
Temor al resultado	Si	No	No se

IV. NIVEL SOCIOECONÓMICO.

25. ¿Cuántas personas viven en su casa?_____
26. ¿Cuántas habitaciones tiene su casa sin contar baño y cocina?_____
27. Piso de su vivienda: _____
28. Agua potable intradomiciliaria: _____
29. ¿Cuál es el ingreso mensual promedio del Hogar?_____

ANEXO 4

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS Y LA NO REALIZACIÓN DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA CIUDAD DE JAÉN.

Estimada Señora:

La Lic. Norma Farro Zevallos profesional del Hospital II de Essalud de Jaén está invitando a Usted participar en este estudio, por lo tanto requiere información para poder decidir su participación voluntaria:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Este estudio permitirá conocer que factores sociales, culturales y económicos tienen relación con la práctica regular de despistaje del cáncer de cuello uterino que es una enfermedad grave en aumento en la población de la Sub. Región de Salud Jaén- Cajamarca.

PROCEDIMIENTOS: Se utilizará una encuesta donde se le harán diversas preguntas sobre sus datos generales, aspectos relacionados a su vivienda, a sus antecedentes personales y familiares acerca de su toma de papanicolau para despistaje de cáncer. Así como se anotarán algunos aspectos relacionados a su vivienda y aspectos de su economía

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existen riesgos para su salud, pero puede existir alguna incomodidad por las preguntas; si tuviera alguna incomodidad por algunas de las preguntas realizadas podrá decidir no responder o no participar. No recibirá ningún pago por su participación.

BENEFICIOS: La participación en este estudio no tiene ningún costo para Ud. Al identificar los factores de riesgo asociados porque las mujeres no realizan su despistaje de cáncer en la Sub. Región se podrán formular recomendaciones para que la comunidad y el Ministerio de Salud implementen medidas para tratar de evitar que Ud. sus amigas, vecinas o familiares se enfermen de cáncer de cuello uterino.

CONFIDENCIALIDAD: La confidencialidad y la difusión de toda información de este estudio se mantendrán en estricta reserva de acuerdo a las normas internacionales. El personal investigador será el único que tendrá acceso a su información confidencial. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de los resultados del presente estudio.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En todo momento tiene el derecho de desistir de participar en el estudio, dado que es VOLUNTARIO, no existiendo ninguna sanción o problema porque Usted haya decidido que ya no quiere que se le examine ni se le realice el análisis.

RESPONSABLES: Para cualquier pregunta o aclaración, puede llamar a la Lic. Norma Farro Zevallos

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Acepto

voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme, recibiendo una copia de este consentimiento.

Fecha:.....

Firma de la paciente

Firma del Investigador

Firma de persona que toma el consentimiento