

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



“FACTORES RELACIONADOS AL TEMOR A LA PRUEBA DE
PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE SE ATIENDEN EN EL
PUESTO DE SALUD QUINRAPA-HUANTA.

ABRIL-JULIO 2017”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

Presentado por:

Bach. CUNTO URBANO, Giovanna

Bach. HUANACO RAMÍREZ, Nancy

Asesores:

Obsta. Héctor D. Velarde Valer

Obsta. Maritza Rodríguez Lizana

AYACUCHO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y me guía. Gracias por todo, has hecho maravillas a mi alrededor, he visto tu provisión tu cuidado y protección.

A mis padres, Braulio y Margarita que siempre me me apoyaron incondicionalmente; muchos de mis logros se los debo a ustedes por su amor y sacrificio, gracias a Dios por los padres que me dio.

La ayuda que me haz brindado ha sido sumamente importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles, siempre ayudándome. No fue sencillo culminar este proyecto, sin embargo, siempre fuiste muy motivador, me decías que lo lograría perfectamente. Me ayudaste hasta donde te era posible, incluso más que eso. Muchas gracias amor. Wilmer

A mis hermanos Ronald y Dennis que siempre están a mi lado brindándome su apoyo para poder lograr mis metas, que Dios bendiga sus vidas los quiero mucho.

NANCY.

DEDICATORIA

Primeramente agradecer a Dios y a mis padres Cesar y María por su amor, trabajo y sacrificio, su apoyo incondicional gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un privilegio ser su hija son los mejores padres.

A mis hermanos Ever, Sayda, Ronald, Oliver y mi querida sobrina Dafne por darme su tiempo y por motivarme constantemente para alcanzar mis anhelos

Siempre te tengo presente por brindarme tu amor incondicional Rutby.

GIOVANNA.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, forjadora de nuestra formación y realización personal y darnos la oportunidad de emprender nuestra carrera profesional.

A la Escuela Profesional de Obstetricia y a la plana docente, por la dedicación, entrega de conocimientos y experiencias, forjando profesionales con cualidades éticas y humanistas durante la formación profesional.

A nuestros asesores Héctor Velarde Valer y Maritza Rodríguez Lizana por su colaboración y apoyo durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

Al Centro de Salud QUINRAPA - HUANTA, por su predisposición para apoyar el presente estudio

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	04
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	06
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	06
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	08
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO	08
2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICA	20
2.3 HIPÓTESIS	39
2.4 VARIABLES DE ESTUDIO	39
2.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS	40
CAPITULO III MATERIALES Y MÉTODO	45
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2 MÉTODO DE ESTUDIO	45
3.3 POBLACIÓN	45
3.4 MUESTRA	45
3.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACION DE DATOS	48
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino se presenta en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental. En los tres últimos decenios, las tasas de cáncer cervicouterino han descendido en la mayor parte de los países desarrollados, en gran medida como resultado de los programas de tamizaje y tratamiento. En cambio, en la mayoría de los países en desarrollo las tasas han aumentado o se han mantenido estacionarias. También existen grandes diferencias en el mundo desarrollado, donde las mujeres rurales y las más pobres corren mayor riesgo de cáncer cervicouterino invasor¹.

El cáncer cervicouterino es el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, en mujeres de todas las edades de la región de América Latina (AL). Actualmente se estima que 63.068 mujeres son diagnosticadas cada año de cáncer cervicouterino, registrándose 29.222 fallecimientos como consecuencia de esta enfermedad. Esta

elevada patología se podría evitar a través de estrategias efectivas de prevención primaria y secundaria, unidas a un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico de los casos. En muchos países de América Latina se utiliza la citología como técnica de tamizaje desde hace más de 30 años, no se ha logrado una reducción de la incidencia y la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados. Sin embargo, el fracaso de los programas de cribado en América Latina no sólo se debe a las limitaciones de la citología como técnica de tamizaje, sino también a la organización del sistema sanitario y a ciertos aspectos culturales y de la comunidad².

Por ello, con la finalidad de conocer qué factores se relacionan con el temor a la prueba de Papanicolaou en las mujeres de la comunidad rural de Quinrapa ubicada en la provincia de Huanta, se realizó la presente investigación; entrevistando a 80 mujeres que se atendieron en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta entre los meses abril a julio del 2017. Obteniendo los siguientes resultados: el 77,5% presentaron temor a la prueba de Papanicolaou (PAP) y sólo el 22,5% no presentaron temor a dicha prueba; no se encontró relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con los factores: edad, nivel de instrucción, ingreso económico mensual y paridad de las mujeres en estudio ($p > 0,05$); se encontró relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con los factores: ocupación y el número de veces que se realizó el PAP ($p < 0,05$). Los motivos por los cuales las 25 mujeres de la localidad de Quinrapa no se realizaron la prueba de Papanicolaou fue en el 48% por desconocimiento

sobre el procedimiento y el 32% manifestaron tener vergüenza; con respecto a la fuente de información que tuvieron las mujeres en estudio, el 41,3% manifestaron no haber recibido información sobre Papanicolaou, el 37,5% recibió información por la técnica de Enfermería y un 16,2% por el Obstetra.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según **Ybarra** (2012), hace referencia a una serie de autores con respecto al desarrollo de la citología exfoliativa, también conocida como la prueba de Papanicolaou(PAP), utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significó un avance en la prevención del cáncer de cuello uterino (CaCu) en mujeres con una vida sexual activa. El periodo preclínico que cursa el CaCu es prolongado y, dado que la neoplasia no puede identificarse por examen físico en etapas tempranas, el PAP es ideal para su detección. Esta prueba es el método de elección para detectar oportunamente el CaCu. En los países con campañas de detección adecuadas, usando PAP se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por CaCu, atribuible a la detección de lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales. La prueba de PAP tiene una alta sensibilidad (75%) y

especificidad (95%), y la tasa de resultados falsos negativos estimados en la bibliografía mundial varía de 5 a 50%. Al repetir el estudio, esta tasa disminuye de 2 a 1%³.

A partir de la década de los ochenta se identificó al Virus Papiloma Humano (VPH) como causa necesaria pero no suficiente para desarrollar CaCu. También se dio a conocer que el CaCu invasor se asocia con la presencia de VPH en 99.7% de los casos; sin embargo, debe haber otros factores, además de la presencia del VPH, para que se desarrolle CaCu, ya que se notifica una prevalencia de 38% de infección por VPH en mujeres sanas jóvenes. Entre esos factores se encuentran una vida sexual con múltiples parejas, tanto hombres como mujeres; el inicio de la vida sexual antes de los 18 años de edad; el tabaquismo; la multiparidad; la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E; la edad (entre 25 y 64 años) con antecedentes de vida sexual activa; el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años; los antecedentes de infecciones de transmisión sexual; el analfabetismo o baja escolaridad, y el no haberse realizado el estudio de citología cérvico-vaginal en mujeres con antecedentes de vida sexual³.

La mayoría de los factores que influyen en las mujeres para no realizarse la prueba de Papanicolaou están relacionados al nivel cultural y socioeconómico. La comunidad de Quinrapa, se encuentra en zona rural de la provincia de Huanta. Las familias de ese lugar son de baja condición económica y el nivel cultural es deficiente, factores que se relacionarían con

la no realización de la prueba de Papanicolaou. Por ello, se desea realizar la presente investigación con la finalidad de conocer a través de las mismas mujeres de dicha comunidad los motivos que les conllevan a no realizarse esta importante prueba de despistaje de cáncer al cuello uterino. Resultados que permitirán diseñar estrategias para que sea plasmado en beneficio de la población femenina de esta localidad. En base a lo mencionado, se plantea la siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados al temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, de abril a julio del 2017?

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores relacionados al temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, de abril a julio del 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia en mujeres que presentan temor a la prueba de Papanicolaou que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta.
- Relacionar el temor a la prueba de Papanicolaou con los factores como: edad, ocupación, ingreso económico, paridad, nivel de instrucción y fuente de información del PAP.

- Relacionar el número de pruebas de Papanicolaou que se realizaron las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud de Quinrapa-Huanta.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Bermúdez²⁴ (Colombia, 2014), en su investigación “Factores influyentes en la No toma de la citología cervicouterina, barrio San Martín-San Gil, Cartagena-Colombia”. **Objetivo:** analizar los factores que influyen en la no toma de citología cervicouterina en las mujeres del barrio San Martín del municipio de San Gil. **Metodología:** Estudio mixto descriptivo, se seleccionaron 178 mujeres a las que se les aplicó el instrumento, sobre factores que influyen en la no toma de citología proporcionado por la Cooperación Universitaria Rafael Núñez de la ciudad de Cartagena y elaborada por la Universidad Nacional de Bogotá. **Resultados:** El 30,9% de la población se encuentra entre las edades de 36-45 años, el 51,1% pertenece al régimen subsidiado y el 48,3% al contributivo, el 51,7% de los habitantes tiene secundaria completa y el 23%, primaria. Dentro de las razones por las cuales las mujeres no se toman la citología manifestaron que por pena 39,0%, por temor 24,7% y por falta de tiempo 11,8%. Las

mujeres que sí se practican la citología representan el 76,9%; la periodicidad con lo que lo hacen es cada seis meses un 38,8 %. En lo referente a las campañas y jornadas de salud, el 87,6% opina que en el barrio no se han realizado campañas ni jornadas de salud que eduquen a las mujeres sobre la importancia de realizarse la citología, y el 34,8% prefiere enterarse del examen por medio de carteleras o información del personal de salud. **Conclusión:** Dado que es un examen que afecta la intimidad de la mujer, es importante que los enfermeros tengan presente el manejo y respeto de los sentimientos expresados en este estudio como la pena y el temor.

Ybarra³ y cols (México, 2012), en su investigación “Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios”, manifiestan que el procedimiento de elección para la detección temprana del cáncer cervicouterino en la mujer es el examen del Papanicolaou. En México existe una baja prevalencia de uso de esta prueba y entre los factores que se han encontrado relacionados con su limitado uso están el pudor, la falta de información sobre la utilidad de la prueba o la falta de consentimiento de la pareja. **Objetivo:** evaluar los conocimientos y creencias acerca de tal prueba en mujeres y hombres universitarios. **Método:** La muestra de 423 estudiantes contestó un cuestionario que evalúa el conocimiento y creencias sobre el Papanicolaou y las infecciones de transmisión sexual, específicamente sobre el virus de papiloma humano. **Resultados:** Las mujeres encuestadas mostró desconocer la prueba de Papanicolaou, las infecciones de transmisión sexual y el virus de papiloma

humano. Se proporcionan las principales razones para no realizarse el Papanicolaou ni usar el preservativo. Estos datos revelan la necesidad de profundizar las intervenciones referentes a la educación sexual en la educación superior.

Urrutia⁴ y cols (Chile, 2008), en su estudio “¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al Programa de Cáncer Cérvicouterino AUGE”. **Objetivo:** Examinar las percepciones que tiene un grupo de mujeres chilenas con lesiones preinvasoras de cuello uterino, sobre el Papanicolaou. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, transversal. Se entrevista a un grupo de 237 mujeres ingresadas al programa AUGE del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, Santiago, Chile. **Resultados:** Las principales razones para no realizarse el Papanicolaou y no acudir a buscar el resultado fueron: la falta de preocupación; los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad y falta de tiempo, conocimiento.

Núñez²¹ y col (Cuba, 2007), en su estudio “Citología orgánica: temor o desconocimiento”, un estudio comparativo longitudinal, de casos y controles, de 110 mujeres pertenecientes a 8 consultorios del Médico de Familia del Policlínico Docente “Ana Betancourt” en el Municipio Playa, de la Ciudad de La Habana, en el año 2005. De ellas, 55 no asistieron a la realización de la citología cervical (grupo estudio) e igual número sí asistió (grupo control). **Objetivo:** analizar algunos de los factores biopsicosociales que condicionaron la conducta de negación hacia dicho examen citológico

en el Policlínico Docente “Ana Betancourt”, del municipio Playa, en la Ciudad de La Habana, durante el año 2005. **método:** Se analizaron variables como: grado de escolaridad, síntomas infundados, temor al resultado de la prueba (diagnóstico) y temor a la realización de la prueba; y se encontraron **resultados** significativos en las variables: síntomas infundados, temor al resultado de la prueba y temor a la realización de la prueba. Los resultados encontrados sirvieron para trazar un plan de intervención comunitaria, y de esta forma, lograr reducir la cifra de mujeres negadas a realizarse la prueba, así como mejorar el diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino y la disminución de la mortalidad femenina por esta causa. Se obtendrá de esta forma un impacto social.

Soto²² (Cuba, 2003), en su estudio “Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. Policlínico Docente “30 de noviembre” de Santiago de Cuba”. **Objetivo:** Determinar los factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. **métodos:** Se hizo un estudio analítico, de tipo caso-control, basado en 59 mujeres negadas a realizarse la prueba citológica (grupo de estudio) e igual número dispuestas a efectuársela (grupo control), con la finalidad de identificar los factores que condicionaban la conducta de negación hacia el examen. La investigación se llevó a cabo en el Policlínico Docente “30 de noviembre” de Santiago de Cuba durante el 2002 y los principales datos recopilados se referían a características sociodemográficas de la muestra, conocimientos sobre la prueba y temores que despertaba su ejecución. Los **resultados** obtenidos revelaron un predominio de los siguientes factores

predisponentes: temor a la prueba en sí, temor ante el posible diagnóstico positivo de cáncer cervicouterino y realización del examen en locales inadecuados. Se formulan recomendaciones válidas para otros trabajos afines.

Lamadrid⁵ (Chile, 1996), en su estudio “Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou”. **Objetivo:** se exploraron los factores relacionados con las bajas coberturas de la población femenina con el examen de Papanicolaou, método usado para la prevención secundaria de cáncer de cuello uterino. **Método:** Se elaboró un instrumento de encuesta para recoger información sobre los conocimientos y temores de una muestra aleatoria de 299 mujeres de 25 a 54 años de edad, registradas en tres consultorios de atención primaria de salud, que se habían atrasado en la toma del Papanicolaou. **Resultados:** la mayoría de las mujeres sabían que la prueba detectaba un problema ginecológico, pero desconocían la naturaleza del mismo. También se observó que los medios de comunicación superaban al personal de salud como fuente de información sobre la prueba. Para explicar su falta de acatamiento, la mayoría de las mujeres expresaron miedo de ser amonestadas por la matrona, o asistente de obstetricia del consultorio, por no haber acudido a hacerse el examen a su debido tiempo y un buen porcentaje manifestó el temor de quedar adoloridas o a perder el dispositivo intrauterino. **Conclusión:** Se concluye que las aparentes dificultades de comunicación y trato entre el personal de salud y las usuarias de los consultorios

estudiados podrían estar obstaculizando la cobertura de las mujeres con la prueba de Papanicolaou.

Medrano²³ (Lima, 2014), en su investigación “Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini-2014”. **Objetivo:** Determinar los principales factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini durante el año 2014.

Metodología: Estudio de tipo observacional, analítico correlacional, transversal, prospectivo. La muestra estuvo conformada por 250 usuarias en edad fértil de 20 a 49 años, de las cuales se excluyeron a 25 teniendo al final 225 usuarias encuestadas. Para el análisis de los datos de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), para el análisis de variables cualitativas (nominal) se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Para el análisis inferencial se estimó el cálculo de la prueba Chi cuadrado con un nivel de confianza (IC) del 95% ($p \leq 0.05$).

Resultados: Del total de usuarias encuestadas, el 62% tienen la decisión de realizarse el examen de Papanicolaou y el 38% decide no realizarse este examen. El 53.5% de usuarias que deciden tomarse la prueba de Papanicolaou y el 30.9% de usuarias que no deciden realizarse esta prueba tienen edades comprendidas entre 20 a 29 años, evidenciándose relación significativa entre las edades de 20-29 años y la decisión para realizarse el examen de Papanicolaou ($p=0.001$). El 31.4% de usuarias que deciden

tomarse PAP y el 50.4% de usuarias que no deciden realizarse este examen tienen edades comprendidas entre 30 a 39 años, evidenciándose que existe relación significativa entre la edad de 30-39 años con la no decisión de realizarse el examen ($p=0.005$). Por otro lado, el tener ocupación estudiante ($p=0.044$) y el ser trabajadora dependiente ($p=0.001$), se relaciona significativamente con la decisión de toma de Papanicolaou. El acompañamiento de la pareja para realizarse el examen de PAP ($p=0.05$) guarda cierta relación con la toma de PAP de la usuaria, así como la preocupación de la pareja para la realización de este examen ($p=0.05$). De igual forma, la preocupación de la pareja por los resultados del PAP tiene relación significativa con la decisión de toma de PAP por parte de las usuarias ($p=0.037$). Al respecto de los mitos y creencias, se observa relación entre la creencia que el PAP solo se saca con ITS y la decisión de no tomarse el examen de Papanicolaou ($p=0.042$), es decir que el 15.1% de usuarias que deciden tomarse el examen del PAP considera que este examen solo debe realizarse en pacientes con ITS comparado con el 25.6% de usuarias que no deciden realizarse el examen. Al respecto del temor, la vergüenza ($p=0.016$), el olvido para realizarse el examen ($p<0.001$), la pereza para hacerse el examen ($p<0.001$) se relaciona significativamente con la decisión para no tomarse el examen de Papanicolaou por parte de las usuarias. Por último, el nivel de autoestima no se relaciona con la toma de Papanicolaou ($p=0.398$). **Conclusión:** Entre los principales factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini se observaron: el olvido para la realización de toma de

Papanicolaou, la pereza de realizarse este examen, el tener trabajo dependiente, la vergüenza a que vean sus partes íntimas.

Huamán²⁰ (Trujillo, 2010), en su estudio “Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas”. **Objetivo:** Con la finalidad de identificar los determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino, se entrevistó 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo. **Metodología:** se seleccionó de manera aleatoria 25 mujeres de los distritos de Víctor Larco, Florencia de Mora, El Porvenir, La Esperanza, Moche, Salaverry, Simbal, Laredo, Huanchaco, Poroto y 30 mujeres del distrito de Trujillo quienes fueron entrevistadas durante los meses de julio a octubre del 2008. Cada una de las mujeres tuvieron que responder un instrumento destinado a averiguar si las mujeres se habían o no realizado el examen del Papanicolaou durante el transcurso de su vida, así como los posibles determinantes de este procedimiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Z para medias, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. **Resultados:** Se encontró 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. ($P < 0.05$).

Seminario⁷ y cols (Perú, 2010), en su investigación Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo-Perú. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años. **Metodología:** Diseño descriptivo, transversal; se entrevistaron a 116 mujeres. **Resultados:** 44,8 % tuvieron nivel alto de conocimientos, 47,4% actitud favorable y 38,8%, nivel de prácticas correcto. En las mujeres con actitud desfavorable con respecto al PAP se halló 5,6 veces más probabilidades de solamente haber concluido estudios en el colegio: OR: 5,6 (IC95%: 2,2-15,23 p< 0,05). El motivo más frecuente por el que no se habrían realizado el test, fue por falta de tiempo.

Huamani⁸ et al (Perú, 2007), en su investigación “Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú”. Se planteó como **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, se realizó un muestreo por conglomerados empleando un cuestionario validado por juicio de expertos, que tenía 22 ítems, seis preguntas de opción múltiple, nueve abiertas y siete tipos escala de Likert. Se determinó la asociación bajos conocimientos y actitud negativa o indiferente usando regresión logística múltiple. **Resultados:** Se incluyó a 502 mujeres, con una edad promedio de 27±8 años. El 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9% (IC95%: 21,0-

28,7%), el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo (ORa: 3,1; IC95%: 1,0-4,1) y a una historia de PAP inadecuada (ORa: 2,8; IC95%: 1,6-4,9). La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7% (IC95%: 15,2-22,2%), la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC95%: 1,3-7,9), historia inadecuada de PAP (ORa: 2,0; IC95%: 1,1-3,6) y haber tenido más de dos parejas sexuales (ORa: 2,6; IC95%: 1,3-5,3). **Conclusiones:** Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolau en mujeres de Lima.

Castro⁶ y cols (Perú, 2005), en su investigación “Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: Un estudio transversal en una comunidad pobre de Lima-Perú”. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre el nivel de conocimientos sobre cáncer cervical y Papanicolaou (Pap) con el miedo, estrés o vergüenza asociados a este tamizaje. **Diseño metodológico:** Estudio descriptivo transversal, prospectivo basado en comunidad. **Material y Métodos:** Usando muestreo aleatorio por conglomerados, se entrevistó mujeres de una comunidad pobre de Lima, evaluando su nivel de conocimientos sobre cáncer cervical y Papanicolaou y su percepción sobre este tamizaje. Se usó chi cuadrado, Odds ratios, intervalos de confianza al 95 % y regresión logística para evaluar la asociación en estudio. **Resultados:** De 300 mujeres entre 18 y 50 años, 20% había tenido su

último Pap hacía más de dos años y 20% nunca se lo había realizado; 57 (19%) mujeres refirieron tener mucho miedo, estrés o vergüenza al tamizaje, lo cual estuvo asociado a ser adolescente (OR 5,5, IC95% 1,8-16,9), tener cinco o menos años de vivir en Lima desde haber llegado del interior del país (OR 2,6, IC95% 1,3-5,2), no haber tenido pareja sexual durante el último año (OR 2,1, IC95% 1,1-7,6), no embarazos previos (OR 3,1, IC95% 1,2-8,0), no tener PAP previo (OR4,7, IC9S% 1,9-8,7) y el bajo o regular conocimiento sobre el Papanicolaou o el cáncer de cérvix (OR4,1, IC95% 2,2-7,9). Durante el análisis multivariado, persistieron asociados el ser adolescente y el bajo o regular nivel de conocimiento sobre el PAP y el cáncer de cérvix. **Conclusión:** Se recomienda informar a la comunidad sobre la prueba de PAP y cáncer cervical para mejorar las actitudes negativas asociadas al tamizaje.

Ipurre⁹ (Ayacucho, 2014), en su estudio “Nivel de Conocimiento, Actitud y Práctica sobre la Prueba de Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil que Acuden al Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho. **Metodología:** La muestra fue un total de 316 mujeres. **Resultados:** El 41.46% de las mujeres en estudio tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre Papanicolaou, el 68.35% una actitud favorable frente al Papanicolaou y el 55.7% de mujeres se hicieron la mencionada prueba.

Gutiérrez-Yupanqui¹⁰ (Ayacucho, 2010), en su investigación “Nivel de Conocimiento y Práctica del Papanicolaou en Mujeres en Edad Reproductiva. Consultorio de Obstetricia del Hospital II EsSalud de Ayacucho”. **Objetivo:** Establecer el nivel de conocimiento y práctica del Papanicolaou en mujeres en edad reproductiva que acuden al Consultorio de Obstetricia del Hospital II EsSalud de Ayacucho. **Metodología:** Se realizó una encuesta estructurada a un total de 247 mujeres en edad reproductiva. **Resultados:** El 49% presentaron nivel de conocimiento bueno sobre Papanicolaou y el 74.9% de ellas no se realizaron la mencionada prueba.

Cruz-Torre¹¹ (Ayacucho, 2007), en su estudio “Factores que Influyen en el Temor al Examen de Papanicolaou en Mujeres en Edad Reproductiva del Asentamiento Humano Covadonga-Ayacucho”. **Objetivo:** Conocer los factores obstétricos, sociales y culturales que influyen en el temor al examen de Papanicolaou en mujeres en edad reproductiva del Asentamiento Humano Covadonga-Ayacucho. **Metodología:** Fue un estudio descriptivo, de corte transversal y correlacional, entrevistando a 286 mujeres en edad reproductiva de 18-44 años seleccionadas por muestreo probabilístico al azar simple. **Resultados:** El 65.03% presentaron temor al examen de Papanicolaou; asimismo, el 51.4% de mujeres no tuvieron antecedente de aborto, el 47.7% nunca se realizaron el examen, el 56.29% tuvieron una sola pareja sexual y el 39.16% de las mujeres que procedían de la zona rural presentaron temor ante el examen de Papanicolaou.

2.2 BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

2.2.1 PRUEBA DE PAPANICOLAOU (PAP) O CITOLOGÍA CERVICAL

La prueba de Papanicolaou (fue denominado así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también recibe la denominación de **citología cervical** o citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para detectar células anormales que se pueden relacionar con cáncer cervicouterino.

La prueba de Papanicolaou es un procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino con el fin de observarlas con un microscopio y así detectar si hay cáncer y precáncer¹³.

Es un examen para detectar cáncer de cuello uterino, en el que se realiza el "frotis" con un cito cepillo o espátula la zona de transformación (abertura del cuello uterino), que puede ser realizado por médico o personal de la salud entrenado. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio²⁵.

Todo establecimiento de salud o institución que brinde servicios de toma de citología-vaginal realizará la búsqueda activa de casos, dirigida especialmente al grupo de mujeres identificadas como prioritarias.

La citología cérvico-vaginal podrá ser tomada a nivel institucional y comunitario, esta última en aquellas áreas con menor accesibilidad a servicios de salud, por personal médico debidamente capacitado¹⁴.

A) RECOMENDACIONES PREVIO A LA TOMA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

- Preferentemente será tomado en periodo sin menstruación o sangrado.
- Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal.
- No tener actividad sexual por lo menos tres días antes de la prueba.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra¹⁴.

B) TAMIZAJE DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Consiste en la realización de pruebas diagnósticas a todas las mujeres que se encuentran en riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino; como bien se sabe, la mayoría de los casos de mujeres que desarrollaron cáncer cervicouterino no presentaron síntomas. El cáncer del cuello uterino se desarrolla en el cérvix, ocurre cuando las células del cérvix se vuelven anormales y empiezan a crecer de forma incontrolada.

Para detectar el cáncer del cuello del útero pueden utilizarse varias pruebas diagnósticas. La prueba de Papanicolaou (citología) es la única que se ha utilizado en grandes grupos de población y se ha demostrado que reduce la incidencia de cáncer cervicouterino.

Otras pruebas (como la inspección visual con ácido acético o con solución de Lugol, o la detección del virus del papiloma humano) son prometedoras pero todavía no se dispone de datos probatorios comparables de su eficacia. Se están realizando estudios de gran alcance sobre este tema.

Las mujeres a las que se detectan anomalías necesitan seguimiento, diagnóstico y tratamiento, para evitar que el cáncer se desarrolle o para tratarlo en una fase inicial.

Independientemente de la prueba utilizada, la clave de un programa eficaz es llegar a la mayor proporción de mujeres en situación de riesgo con programas de cribado y tratamiento de calidad.

Los programas de cribado organizados concebidos y gestionados a nivel central para llegar al mayor número posible de mujeres en situación de riesgo son preferibles a la detección oportunista¹.

C) TAMIZAJE EN POBLACIÓN GENERAL

De acuerdo a las Guías Prácticas Esenciales de Control Integral del Cáncer Cervical, elaboradas por la OPS-OMS, deben tomarse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El cáncer cervical suele ser de evolución lenta: Las lesiones premalignas tempranas tardan de 10 a 20 años en convertirse en un cáncer invasor, de manera que esta enfermedad es rara antes de los 30 años de edad. El tamizaje de mujeres más jóvenes detectará muchas lesiones que nunca se convertirán en cáncer y dará lugar a tratamientos innecesarios, por lo que no es eficaz en función de los costos.
- La detección precoz, mediante el tamizaje de todas las mujeres del grupo etario previsto, seguida del tratamiento de las lesiones pre malignas detectadas, permiten prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino.
- Las pruebas moleculares del VPH, los PAP y la IVAA pueden ser usados como métodos de tamizaje.
- En el enfoque de "TAMIZAJE y TRATAMIENTO" o "VER Y TRATAR", la decisión sobre el tratamiento se basa en una prueba de tamizaje, y el tratamiento se dispensa con prontitud o, idealmente, de inmediato tras una prueba de tamizaje positiva.
- Este enfoque reduce la pérdida de pacientes para el seguimiento y puede reducir el retraso de inicio del tratamiento de las mujeres.
- En las mujeres con resultados negativos en la prueba de IVAA o en el PAP, el nuevo tamizaje deberá realizarse en tres años.¹

D) RECOMENDACIONES SOBRE TAMIZAJE

El tamizaje para cáncer de cuello uterino se recomienda a partir de los 30 años. La implementación de las recomendaciones planteadas será

progresiva de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

En el tamizaje en mujeres de 30 a 49 años, se recomienda de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento de salud:

Tamizaje de cáncer cervical con prueba molecular de detección del VPH (recomendable autotoma).

- En caso el resultado sea negativo se realizará el seguimiento con una nueva prueba molecular cada 5 años.
- En mujeres, VPH positivas con colposcopia negativa, se realizará un control al año con una nueva prueba molecular para VPH acompañada de una nueva IVAA.
- Las mujeres VPH positivas con IVAA negativa o positiva o colposcopia positiva, deberán ser tratadas con terapia ablativa (crioterapia, termocoagulación, entre otras), siempre y cuando cumplan los siguientes criterios:
 - Lesión y unión escamo columnar visible.
 - La lesión no cubre más de las tres cuartas partes del exocérnix.
- Si la lesión se extiende más allá del alcance de la criosonda, o dentro del conducto endocervical o si existe la sospecha de cáncer invasor, la paciente no satisface las condiciones para la crioterapia y deberá ser referida a un establecimiento con mayor capacidad resolutive para su tratamiento (LEEP u otro). Es responsabilidad del personal de salud asegurarse de la referencia y manejo de la paciente.

- El control postterapia, se realizará con IVAA y/o PAP, al año de haber sido realizado el procedimiento.
- Si en el control anual (IVAA y/o PAP) se obtiene al menos una prueba positiva (falla de tratamiento) se referirá a la paciente para colposcopia y nuevo tratamiento.²⁵

E) FACTORES DE RIESGO AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples. Los factores de riesgo descritos en los diferentes estudios realizados a nivel mundial son:

- Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 18 años).
- Múltiples parejas sexuales.
- Relaciones sexuales sin condón.
- Multiparidad (más de 4 partos).
- Embarazo temprano (antes de los 18 años).
- Infección cervical por virus del papiloma humano (VPH).
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Deficiencia en el consumo de folatos y vitaminas A, C y E.
- Uso de anticonceptivos orales por más de 5 años.
- Inmunosupresor VIH - SIDA
- No haberse realizado estudio citológico o la prueba de Papanicolaou²⁶.

F) RAZONES PARA CONCENTRAR LA ATENCIÓN EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Incluyen las siguientes:

- A nivel mundial, 266000 mujeres mueren cada año de cáncer cervicouterino. Este es la principal causa de muerte por cáncer en África oriental y central.
- La mayoría de estas defunciones pueden evitarse mediante un acceso universal a programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino, que pueden inmunizar contra el virus del papiloma humano (VPH) a todas las niñas y administrar tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas a todas las mujeres en riesgo.
- Sabemos que el cáncer cervicouterino: por lo general son causantes por una infección persistente (muy duradera) por uno o más de los tipos de VPH “de alto riesgo” (u oncógenos).
- Conocemos la evolución natural de la infección por VPH y la progresión muy lenta de la enfermedad en mujeres inmunodeprimidas, de normal (saludable) a precáncer y a un cáncer invasor potencialmente mortal.
- El intervalo de 10 a 20 años entre las lesiones precancerosas y el cáncer ofrece amplias oportunidades de proceder a un tamizaje, detectar y tratar las lesiones precancerosas y evitar su evolución hacia un cáncer. Sin embargo, las mujeres inmunodeprimidas (por ejemplo, con infección por VIH) desarrollan con mayor frecuencia y más rápidamente lesiones precancerosas y cáncer.

- Hay varias pruebas disponibles y asequibles que permiten detectar eficazmente lesiones precancerosas, y hay varias opciones de tratamiento asequible¹².
- Los papilomavirus humanos (PVH) se transmiten principalmente por contacto sexual y la mayoría de las personas se infectan poco después de iniciar su vida sexual.
- Los cánceres cervicouterinos (CCU) son causados por infecciones de transmisión sexual por determinados tipos de PVH.
- Dos tipos de PVH (16 y 18) son los causantes del 70% de los CCU y de las lesiones precancerosas del cuello del útero¹⁵.

2.2.2 PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

A) PREVENCIÓN PRIMARIA:

La forma más eficaz de prevenir el cáncer cervical es por medio de una vacuna. Sería necesario efectuar la vacunación a una edad temprana antes del inicio de una vida sexual activa. Esta vacuna sería particularmente beneficiosa en países en vías de desarrollo, en donde el acceso a servicios de salud es muy limitado. Esta vacuna ya está disponible actualmente; sin embargo, transcurrirá varios años antes que sea disponible a nivel nacional y para toda la población.

Hasta que la vacuna protectora esté disponible a gran escala, la prevención primaria deberá enfocarse en las prácticas sexuales y otros comportamientos que aumentan el riesgo de una persona de infectarse. La educación y consejería relacionada a los factores de riesgo conocida para

el cáncer de cérvix debe implementarse en todos los niveles del sistema de salud, sobre todo hacia los jóvenes. Debe transmitirse el retardo de inicio de las relaciones sexuales, las relaciones deben ser monógamas ¹⁴.

Educación y consejería

Evita que el VPH ingrese al cuerpo de la mujer y esto se logra a través de la educación Y factores de riesgo.

VPH Y Cáncer del cuello uterino

Se inicia con la infección del virus del papiloma humano del que es una infección de trasmisión sexual que adquiere la mujer con el inicio de las relaciones sexuales. Una vez que la mujer adquiere este virus, se instala en las capas más basales del epitelio del cuello uterino y se introduce en el núcleo de la célula. Si el sistema inmunológico falla en la eliminación de estos VPH, se producen algunas alteraciones celulares conocidas como displasias; leve, moderada, severa.²⁵

Factores asociados que crean el ambiente propicio para que el VPH produzca lesiones pre canceroso y luego cáncer de cuello uterino. Dentro de estos factores asociados tenemos:

- Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 18 años).
- Múltiples parejas sexuales.
- Relaciones sexuales sin condón.
- Multiparidad (más de 4 partos).
- Embarazo temprano (antes de los 18 años).

- Infección cervical por virus del papiloma humano (VPH).
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.
- Deficiencia en el consumo de folatos y vitaminas A, C y E.
- Uso de anticonceptivos orales por más de 5 años.
- Inmunosupresor VIH - SIDA
- No haberse realizado estudio citológico o la prueba de Papanicolaou²⁶.

PREVENCIÓN:

- Diagnóstico del cáncer de cuello uterino mediante el examen anual de Papanicolaou.
- Mejorar la higiene personal, empleando agua y jabón.
- Tratamiento rápido y adecuado de las infecciones vaginales (descensos) y del cuello uterino.
- Tratamiento rápido de las lesiones sospechosas (inflamaciones, heridas, úlceras) encontradas en el examen de Papanicolaou.
- Vacuna contra el virus del papiloma humano.
- Evitar relaciones sexuales con múltiples parejas.
- No fumar
- No beber
- Si tiene más de un compañero sexual, insista en que usen preservativos para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual. El valor del uso del preservativo no evita el contagio del VPH, no solo se encuentra en el pene y la vagina o cuello uterino

sino es una infección que se encuentra tanto internamente o externamente, que el preservativo no va cubrir (periné ni la vulva , ano) pero si ,es una alternativa para prevenir otras infecciones como el VIH.²⁵

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano

Existen tres tipos de vacunas contra el virus papiloma humano (VPH): La tetravalente (Gardasil) y la bivalente (Cervarix) que son altamente efectivas para prevenir infecciones por los tipos de VPH16, VPH18, que causan la mayoría de los cánceres cervicales. La vacuna tetravalente también protege contra VPH6, VPH11 que se asocian a verrugas genitales. La tercera vacuna es la nonavalente que incluye protección contra VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, y 58, pero aún no se encuentra disponible en el mercado ²⁵.

La evidencia de los ensayos clínicos, los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Food Drugs Administration (FDA) y los reportes post-licencia han demostrado que estas vacunas tienen un buen perfil de seguridad, no se han registrado efectos secundarios graves causados por las vacunas. Los efectos secundarios presentados son leves, principalmente locales y autolimitados.

La NTS N° 080-MINSA/DGIESP-V.04: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" vigente o la que haga sus veces, establece las indicaciones para la vacunación contra el VPH y

dispone que para las niñas que inician el esquema de vacunación con 2 dosis de 0.5 cc por vía intramuscular, el intervalo sea 6 meses entre dosis. Las niñas que ya han iniciado vacunación con el esquema anterior (3 dosis) continuarán y completarán el esquema²⁵.

El primer paso para el cáncer al cuello uterino es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncológico. La mayoría de infecciones se resuelven espontáneamente; sin embargo, algunas pocas persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal²⁵.

B) PREVENCIÓN SECUNDARIA:

PRUEBAS DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS

Prevención secundaria mediante el uso de citología

A la fecha la mayoría de esfuerzos de prevención de cáncer se han enfocado en el tamizaje de mujeres de mayor riesgo utilizando la prueba de Papanicolaou y tratando las lesiones precancerosas. Las áreas en donde el tamizaje es de calidad y la cobertura de la población es alta (más de 80%) se ha logrado reducir la incidencia del cáncer cervical hasta en un 90%.

La importancia del diagnóstico temprano se debe no solo a la detección de lesiones pre invasivas, sino que también de enfermedad invasiva. La sobrevivencia de un paciente con cáncer invasivo del cérvix depende del

estadio en el momento del diagnóstico. Esta es de 88% a los 5 años para mujeres con enfermedad localizada al momento del diagnóstico, pero se reduce a sólo 13% para aquellas con enfermedad distante.

Las mujeres en riesgo a quienes se debe dirigir la realización de la prueba de tamizaje son las siguientes:

1. Mujeres de 25 a 54 años de edad.
2. Mujeres con factores de riesgo epidemiológico para desarrollar cáncer de cérvix:
 - a) Inicio temprano de la actividad sexual (antes de 18 años de edad).
 - b) Historia de múltiples parejas sexuales o cuyo compañero sexual tenga múltiples contactos sexuales (varón de riesgo).
 - c) Antecedentes o presencia de infección con el virus del Papiloma Humano–VPH, especialmente las cepas oncogénicas, Virus de Inmunodeficiencia Humana o alguna otra infección de transmisión sexual recurrente.
 - d) Mujeres fumadoras.
3. Mujeres que nunca se han realizado el Papanicolaou.
4. Mujeres que no se han realizado Papanicolaou en los últimos dos años.
5. Mujeres del área rural y de bajo nivel socioeconómico¹⁴.

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

Es un examen visual realizado con espejulo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento el epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La

sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento, practica y se ha encontrado entre 70% y 80% para detectar NIC2 y lesiones más severas. Las ventajas del IVAA son las siguientes: su sencillez y el costo menor que otros enfoques, el uso rutinario, permite acción inmediata evitando así la necesidad de una visita de retorno para recoger los resultados o recibir tratamiento con crioterapia.¹³

Crioterapia:

Es una técnica citodestructiva de congelación de la zona de transformación con el uso de dióxido de carbono u óxido nitroso con la técnica de “doble congelación” 3-5-3.²⁵

Está indicado para pacientes con IVVA positiva, la mujer:

- No debe estar gestando.
- Ha recibido consejería y dado su consentimiento.
- Fiebre alta.
- Severa enfermedad pélvica.
- Hemorragias uterinas anormales.²⁵

Procedimiento:

- Se procede a realizar con la consejería y consentimiento.
- Verificar equipo e insumos.
- Colocación de la paciente en la camilla.
- Lavado de manos, calzado de guantes y colocación del espejulo.

- Visualización adecuada del cuello uterino
- limpiar secreciones.²⁵

Técnica de la doble congelación (3- 5 -3)

- Aplicación la criopunta al cuello uterino.
- 1er congelamiento: 3 minutos.
- Descongelamiento: 5 minutos.
- 2do. Congelamiento: 3 minutos.
- Esperar la descongelación y retirar la pistola.
- Inspeccionar cérvix y vagina.
- Retirar el especulo y sus guantes.²⁵

Instrucciones para la paciente después de la crioterapia.

- Flujo vaginal claro y abundante hasta por 6 semanas.
- Dolor abdominal leve- analgésico común.
- No relaciones sexuales por 4 semanas.
- ATENCION A LOS SIGNOS DE ALARMA.
- Fiebre por más de 2 días.
- Dolor abdominal tipo cólico.
- Sangrado profuso o con coágulos.
- Seguimiento: control en un mes y al año.²⁵

Biopsia

Es un procedimiento para extraer tejido del cuello uterino y analizarlos para determinar si hay condiciones anormales o precancerosas, o cáncer del

cuello del útero. La visualización del cuello del útero después de un examen con especulo puede revelar una apariencia normal o una lesión cervical visible, los tumores grandes pueden remplazar por completo el cuello del útero. Cualquier lesión elevada, friable o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos.²⁵

Colposcopia

Procedimiento de diagnóstico en el que un colposcopio (instrumento que emite un haz de luz con varias lentes de aumento) se utiliza para proporcionar una vista ampliada e iluminada del cuello uterino, vagina y vulva.²⁵

La evaluación colposcópica del cuello uterino y la vagina se basa en el que las lesiones del epitelio malignas y pre malignas tienen características macroscópicas específicas relacionadas con contorno, color y patrón vascular, reconocibles por colposcopia.

La visualización mejorada de las superficies epiteliales aumenta la capacidad del colposcopista para distinguir lo normal de áreas anormales y obtener biopsias dirigidas de tejido sospechoso. La sensibilidad de la colposcopia tampoco es óptima ya que el diagnóstico colposcópico detecta 70 – 80 % de las lesiones de alto grado. El objetivo principal de la colposcopia es identificar lesiones precancerosas y cancerosas de modo que puedan ser tratadas temprano.²⁵

Pruebas Moleculares para la Detección del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Otra alternativa para el despistaje es la detección del ADN de VPH de alto riesgo. Estudios han mostrado que las pruebas de VPH moleculares son más efectivas que el IVAA y el PAP.

Sin embargo, el costo de las pruebas moleculares para el diagnóstico del VPH y su Complejidad puede significar una limitación. Las ventajas de las pruebas moleculares del VPH en los países desarrollados incluye una buena correlación inter e intraobservador; se puede realizar control de calidad, y tienen muy alta sensibilidad.

Existen hoy también pruebas moleculares del VPH que son menos costosas, requieren menos equipo y podrían ser manejadas por personal con un entrenamiento mínimo. Además, el uso de nuestras autocolectadas (autotoma por la misma paciente) para la prueba del VPH podría mejorar significativamente la cobertura y ha demostrado ser muy bien aceptada por las mujeres.²⁵

2.2.3 TEMOR

El temor es definido por Diccionario de la Real Academia de la Lengua como: “perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo de un daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene de que lo suceda una cosa contraria a lo que desea”.

El Diccionario Oxford de la Mente, argumenta que las causas principales del temor son la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición subtraumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provocan. Existen cuatro componentes básicos de los que consta el temor: La experiencia subjetiva del temor, los cambios fisiológicos, las expresiones directamente observables de miedo y los intentos de evitar ciertas situaciones o escapar de ellas.¹³

A) TEORIAS SOBRE EL TEMOR

El desarrollo de las teorías explicativas del temor, hay contribuciones de la psicología conductista (WATSON, 1924).

En esta teoría calificada de simplista posteriormente, se señala que los estímulos atemorizantes innatos, es decir, aquellos que no hemos aprendido, sino que simplemente desarrollan miedo, debido a su potencial carácter peligroso para el individuo, podrían ser:

- ✓ Ruido
- ✓ Pérdida de soporte inesperada
- ✓ El dolor

Los trabajos del etólogo británico RobethHinde y los de Hartley (1954) si llegaron a probar que en ciertas variedades de aves existen unos temores innatos frente a depredadores, que se expresan como comportamientos de alboroto o huida. De estos experimentadores también se recibe la

aportación del proceso de maduración del temor, en un principio, el temor no aparece en determinada especie a estímulos específicos y más tarde si, entonces. Parece ser este proceso, puede estar relacionado por la maduración del sistema nervioso implicado, de forma que este no posee todavía el nivel de maduración suficiente ante determinados estímulos, reconocer y dar una respuesta adecuada. Estos podemos ilustrarlo, como algunos temores infantiles. Algunos experimentos sobre el temor de los niños a la oscuridad (Valentine, 1920 a 1930) o a los animales, parecen aportar datos sobre la maduración, estos miedos aparecen hacia los dos años, sin una experiencia previa que los pueda causar (lecturas, conversaciones u otros datos sobre el tema). Los miedos alcanzan el máximo entre los cuatro y cinco años de edad.

Según Gray (1971), podemos clasificar entonces, los estímulos causantes del temor en: intensos, novedosos, características de peligros especiales de significado evolutivo de estímulos procedentes de interacciones sociales entre congéneres⁶.

B) TIPOS DE TEMOR

Hay muchos tipos de temor, por ejemplo, temor neurótico. También los temores agudos, provocados por estímulos o situaciones tangibles que se disipan con facilidad cuando se retira el estímulo que los a suscitados; frente a los temores crónicos, que son más complejos y pueden estar o no ligados a un origen tangible que los provoque.

Las consecuencias del temor pueden ser muy diversas, pero una exposición repetida a los estímulos que causan miedo puede provocar cambios duraderos en la conducta, los sentimientos y funcionamiento psicofisiológico de las personas⁶.

C) SINTOMATOLOGIA

Los ataques de miedo ocurren inesperadamente y sin relación alguna con factores precipitantes demostrables como el examen de Papanicolaou. Durante los ataques, la paciente presenta síntomas físicos tales como disnea, sensación de asfixia o desmayo, mareos, taquicardia, transpiración, atragantamiento, náuseas, despersonalización, desrealización, parestesia, escalofríos, bochornos, dolor precordial, sensación de muerte inminente, miedo perder el control⁶.

2.3 HIPÓTESIS

Los factores relacionados al temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud de Quinrapa-Huanta son los factores: Edad, condición económica, ocupación, paridad, nivel de instrucción, fuente de información de Papanicolaou, número de pruebas de Papanicolaou.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Dependiente:

- Temor a la prueba de Papanicolaou.

Variable Independiente:

- Edad
- Ocupación
- Ingreso económico
- Paridad
- Nivel de instrucción
- Fuente de información del PAP
- Número de pruebas de Papanicolaou

2.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS

Papanicolaou (PAP).- Método citológico utilizado para la detección de la enfermedad neoplásica. Es un examen para detectar cáncer del cuello uterino, se realiza con cito cepillo o espátula la zona de transformación. La muestra se coloca en una lámina y luego de fijarla se realiza una coloración especial para examinar las células bajo un microscopio. Es importante explicar a la paciente que dentro de las 24 horas anteriores al examen no tenga duchas vaginales, no use cremas vaginales, no tenga relaciones sexuales. Evitar programar la citología durante la menstruación.

Virus Papiloma Humano. - Es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituye el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico. Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más de riesgo de

persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de los cánceres cervicales.

Cáncer.- El cáncer es el crecimiento desordenado de células anormales que puede afectar a cualquier órgano del cuerpo. No se conoce exactamente su causa, pero se cree que la herencia y sobre todo el medio ambiente son factores importantes.

Cáncer al cuello uterino.- también conocido como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino, suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, en sus inicios algunas células comienzan a convertirse de células normales en células precancerosas y luego pasan a ser células cancerosas (proceso conocido como displasia). El cáncer del cuello uterino es aquella neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso, columnar o glandular que lo reviste, este cáncer es muy común en las mujeres.

Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino:

- Carcinoma escamoso: a expensas del epitelio pavimentoso es el más frecuente y tiene dos variables: carcinoma escamosa de células grandes queratinizantes y carcinoma escamoso de células pequeñas.
- Carcinoma escamoso epidermoide. Se origina del epitelio columnar o glandular relación entre el virus y el cáncer del cuello uterino.

Clasificación del cáncer de cérvix:

- **DISPLACIA LEVE:** Cuando solo el tercio más bajo del epitelio esta sustituido por células indiferenciadas inmaduras con mitosis diferentes.
- **DISPLACIA MODERADA:** Cuando se encuentra afectado el tercio medio.
- **DISPLACIA SEVERA:** Cuando hay alteraciones en el tercio superior del epitelio, pero aún hay alguna maduración en la superficie.
- **CARCINOMA IN SITU:** Es el carcinoma pre invasor. Es un epitelio con caracteres celulares de atípicas similares a carcinoma invasor aun cuando todavía no ha invadido el estroma adiasente.

Frecuencia de exámenes de Papanicolaou realizados. - Números de exámenes de Papanicolaou efectuado a lo largo de la vida de la mujer.

Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA). - Es un examen visual realizado con especulo, en el que se usa ácido acético al 5% aplicado en el cérvix. Con este procedimiento en epitelio anormal (displásico) se torna blanco y puede ser detectado fácilmente. La sensibilidad del IVAA varía de acuerdo al entrenamiento y practica y se ha encontrado entre el 70% al 80% para detectar NIC 2 lesiones más severa.

Gestas: números de embarazos que ha tenido.

Paridad. - Es el estado de haber parido uno o más productos de 500 gramos de peso o más, vivo o muerto por vía vaginal.

Temor.- Es definido por Diccionario de la Real Academia de la Lengua como: “perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo de un daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene de que lo suceda una cosa contraria a lo que desea”.

El Diccionario Oxford de la Mente, argumenta que las causas principales del temor son la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición subtraumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provocan. El desarrollo de las teorías explicativas del temor, hay contribuciones de la psicología conductista (WATSON, 1924). En esta teoría calificada de simplista posteriormente, se señala que los estímulos atemorizantes innatos, es decir, aquellos que no hemos aprendido, sino que simplemente desarrollan miedo, debido a su potencial carácter peligroso para el individuo, podrían ser: ruido, pérdida de soporte inesperada, el dolor.

Los trabajos del etólogo británico RobethHinde y los de Hartley (1954) si llegaron a probar que en ciertas variedades de aves existen unos temores innatos frente a depredadores, que se expresan como comportamientos de alboroto o huida. De estos experimentadores también se recibe la aportación del proceso de maduración del temor, en un principio, el temor no aparece en determinada especie a estímulos específicos y más tarde si, entonces. Parece ser este proceso, puede estar relacionado por la maduración del sistema nervioso implicado, de forma que este no posee

todavía el nivel de maduración suficiente ante determinados estímulos, reconocer y dar una respuesta adecuada. Estos podemos ilustrarlo, como algunos temores infantiles. Algunos experimentos sobre el temor de los niños a la oscuridad (Valentine, 1920 a 1930) o a los animales, parecen aportar datos sobre la maduración, estos miedos aparecen hacia los dos años, sin una experiencia previa que los pueda causar (lecturas, conversaciones u otros datos sobre el tema). Los miedos alcanzan el máximo entre los cuatro y cinco años de edad.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2 MÉTODO DE ESTUDIO

Relacional, prospectivo, de corte transversal.

3.3 POBLACIÓN

Lo conformaron 99 mujeres atendidas en el Puesto de Salud Quinrapa de Huanta entre los meses de abril a julio del 2017.

3.4 MUESTRA

Estuvo conformado por 80 mujeres que se atendieron en el Puesto de Salud Quinrapa de Huanta entre los meses de abril a julio del 2017.

Tipo de Muestreo

Probabilístico al azar simple.

Obtención del tamaño de la Muestra:

$$n = \frac{4 \times N \times P \times Q}{E^2 (N - 1) + 4 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{4 \times 99 \times 50 \times 50}{5^2 (99 - 1) + 4 \times 50 \times 50} = \frac{9900,000}{12,450} = 80$$

n : Es el tamaño de la muestra a calcular.

4 : Es una constante.

P : Es la probabilidad de éxito de que una mujer pueda ser seleccionada para la muestra.

Q : Es la probabilidad de fracaso de que una mujer no pueda ser seleccionada para la muestra.

N : Es el tamaño de la población

E² : Es el error seleccionado por el investigador.

3.5 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron por medio de la entrevista a profundidad y test de evaluación de temor.

3.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Fichas de recolección de datos y test de evaluación de temor.

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- A través del Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Puesto de Salud Quinrapa, ubicado en la provincia de Huanta, para tener las facilidades en la obtención de los datos, tales como el acceso a las fuentes de información de Estadística, para la identificación de las mujeres que aún no se realizaron la prueba de Papanicolaou.
- Se les explicó brevemente sobre la investigación a las mujeres que aceptaron ser parte del estudio se les solicitó su consentimiento informado. Luego, se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos a través de la entrevista. A algunas mujeres se les realizó la entrevista en sus respectivos domicilios, en las comunidades que son parte de la jurisdicción del Puesto de Salud, como son: Palmayoc, baja, Icchpico, Esmeralda, Alameda, Chacco, San Luis y Quinrapa.
- Finalmente, se realizó charlas educativas y se brindó consejería personalizada acerca de la importancia de realizarse la prueba de Papanicolaou, haciendo uso de materiales visuales que permitieron captar la información brindada.
- Estas informaciones fueron productivas, debido a que algunas de las mujeres en estudio decidieron realizarse la prueba de PAP.
- Consentimiento informado, obtenido el permiso y la autorización correspondiente, se procedió a entrevistar a las mujeres que se atienden en el puesto de Quinrapa – Huanta. Previa sensibilización y consentimiento informado.

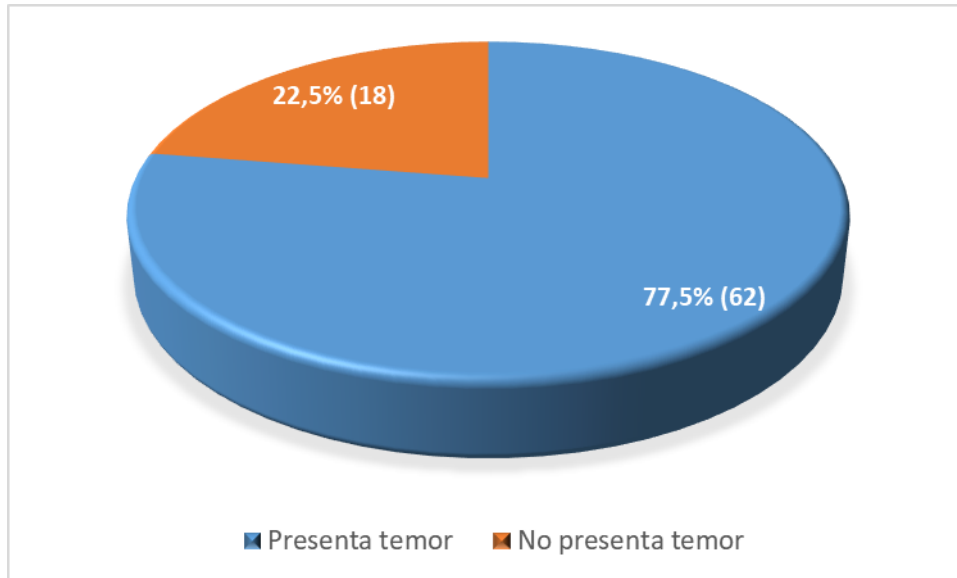
3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACION DE DATOS

Una vez obtenido las fichas de encuestas, se procedió a la tabulación de las mismas y se elaboraron gráficos y tablas estadísticas de simple y doble entrada, relacionando las variables de estudio. Estas a su vez se sometieron a análisis estadístico: chi cuadrado haciendo uso del paquete estadístico SPSS 23.0.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1

Frecuencia del temor frente a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta. Abril-junio del 2017.



Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

En el gráfico 1 se observa que del 100% (80) de mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, el 77,5% (62) presentaron temor a la prueba de Papanicolaou (PAP) y sólo el 22,5% (18) no presentaron temor a dicha prueba.

De los resultados obtenidos se concluye que un alto porcentaje 77,5% (62) de mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa de la provincia de Huanta presentaron temor a la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud de Quinrapa-Huanta, no deben presentar temor a la prueba de Papanicolaou, debido a que “es una de las formas económicas de detectar el cáncer de cuello uterino (que es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo),

debido a que representa la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad” (OMS, 2017).

Nuestros resultados concuerdan con las investigaciones realizadas por **Núñez-Yanes** (2007), en su estudio “Citología orgánica: temor o desconocimiento”, un estudio comparativo longitudinal, de casos y controles, de 110 mujeres pertenecientes a 8 consultorios del Médico de Familia del Policlínico Docente “Ana Betancourt” en el Municipio Playa, de la Ciudad de La Habana, en el año 2005. De ellas, 55 no asistieron a la realización de la citología cervical (grupo estudio) e igual número sí asistió (grupo control). Las pertenecientes al grupo estudio representan el 100% de las mujeres que no se habían realizado la citología cervicovaginal en los 8 consultorios estudiados. Al analizar el temor a la realización de la citología cervicovaginal entre ambos grupos, se pudo apreciar que en el grupo control sólo un 27,3% presentaba temor a su realización, mientras que en el grupo estudio representaba el 92,7%, resultados que presentan gran significación estadística al calcular Chi cuadrado ($X^2 = 49,091$; $p = 0,000$). En tanto, **Soto** y cols (2003), en su estudio “Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. Policlínico Docente “30 de noviembre” de Santiago de Cuba”, de caso-control, realizado en 118 mujeres: 59 de ellas se negaron a realizarse la citología cervicouterina (grupo de estudio) e igual número dispuestas a efectuársela (grupo control). Entre los aspectos de mayor importancia que motivaron la negación a realizarse la prueba citológica, sobresalió el temor a ésta (54,2% de las

mujeres que se negaron a la prueba y sólo el 18,6 % de las que no se negaron); diferencia con alta significación estadística ($p < 0,01$). Le siguió en orden el temor al diagnóstico, es decir, a un posible resultado positivo del examen (84,8 % de las que se negaron y sólo 32,3% de las que no se negaron).

Mientras que nuestros resultados difieren a lo reportado por la investigación de **Lamadrid** (1996), en su investigación “Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou”. Estudio de carácter exploratorio y descriptivo que se realizó en Santiago, Chile, a través de una encuesta realizada a un total de 299 mujeres; de las cuales, el 34,4% dijeron que no se habían hecho el Papanicolaou por descuido o falta de tiempo. Una cuarta parte no juzgaban necesario hacerse este examen cada 3 años y 8,4% expresaron diversos temores.

Tabla 1

Temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta con relación a la edad. Abril-junio del 2017.

Temor a Prueba de Papanicolaou						
EDAD (años)	Presenta temor		No presenta temor		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	23 – 33	27	33,7	6	7,5	33
34 – 44	11	13,8	6	7,5	17	21,3
45 – 55	16	20,0	5	6,2	21	26,2
56 -65	8	10,0	1	1,3	9	11,3
TOTAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

	Valor	gl	p > 0,05
Pearson Chi-Square	2,639 ^a	3	,451

En la tabla 1 se observa que del 100% (80) de mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, el 77,5% (62) presentó temor a la prueba de Papanicolaou; de ellas, el 33,7% (27) tuvieron entre 23-33 años de edad y el 10% (8) entre 56-65 años. Sólo un 22,5% (18) no presentó temor a la prueba de Papanicolaou; de las cuales, el 7,5% (6) tuvieron entre 23-33 años y de 34-44 años de edad, respectivamente, y el 1,3% (1) entre 56-65 años.

De los resultados obtenidos se concluye que un porcentaje significativo 77,5% (62) de las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-

Huanta, presentó temor a la prueba de Papanicolaou, representado mayormente por mujeres de 23-33 años de edad 33,7%. (27)

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con la edad de las mujeres en estudio ($p > 0,05$), lo que significa que independientemente de la edad que tenga la mujer de la localidad de Quinrapa-Huanta presentan temor a la prueba de Papanicolaou.

Medrano (2014), en su estudio “Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini-2014”, encuestó a 225 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años. Con respecto a la influencia de la edad de las usuarias en la decisión de toma de Papanicolaou, el 53.5% de usuarias que deciden tomarse la prueba de Papanicolaou tienen edades comprendidas entre 20 a 29 años mientras que el 30.9% de usuarias que no deciden realizarse esta prueba tienen el mismo rango de edad. Asimismo, el 31.4% de usuarias que deciden tomarse PAP y el 50.4% de usuarias que no deciden realizarse este examen tienen edades comprendidas entre 30 a 39 años, evidenciándose que existe relación significativa entre la edad de 30-39 años con la no decisión de realizarse el examen ($p=0.005$).

Nuestros resultados difieren de los reportados por las investigaciones de **Soto** y cols (2003), en su estudio “Factores que condicionan la conducta

de negación hacia la prueba citológica. Policlínico Docente “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba”, conformado por 118 mujeres: 59 de ellas se negaron a realizarse la citología cervicouterina (grupo de estudio) e igual número dispuestas a efectuársela (grupo control). Con respecto a la edad, en el grupo de mujeres que se negaron a realizarse la prueba citológica, el 30,5% tuvieron entre 36-40 años, el 20,4% entre 31-35 años y el 18,6% entre 25-30 años. Y en el grupo de mujeres que no se negaron a realizarse la prueba citológica, el 32,3% tuvieron entre 36-40 años, el 18,6% entre 31-35 años y el 15,2% entre 25-30 años. Así como de **Bermudez** y cols (2014), en su estudio “Factores influyentes en la No toma de la citología cervicouterina, barrio San Martín-San Gil, Cartagena-Colombia”, encuestó a 178 mujeres; de ellas, el 30,9% se encontraba entre las edades de 36-45 años.

Tabla 2

Temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta con relación al nivel de instrucción. Abril-junio del 2017.

Nivel de Instrucción	Temor a Papanicolaou					
	Presenta temor		No presenta temor		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Iletrada	14	17,5	4	5,0	18	22,5
Primaria	22	27,5	6	7,5	28	35,0
Secundaria	24	30,0	7	8,8	31	38,8
Superior	2	2,5	1	1,3	3	3,8
TOTAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

	Valor	gl	p > 0,05
Pearson Chi-Square	,221 ^a	3	,974

La tabla 2 nos muestra que del 100% (80) de mujeres entrevistadas, el 38,8% (31) tuvieron nivel de instrucción secundaria; de ellas, el 30% (24) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 8,8% (7) no presentó temor. El 35% (28) de las mujeres tuvieron nivel de instrucción primaria; de las cuales, el 27,5% (22) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 7,5%(6) no presentó temor. Sólo el 3,8% (3) fueron mujeres con instrucción superior, donde el 2,5% (2) presentó temor al Papanicolaou y el 1,3% (1) no presentó temor.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres en estudio tuvieron nivel de instrucción secundaria (38,8%) (31) y primaria (35%), (28) donde la gran mayoría de ellas presentó temor por la prueba de Papanicolaou.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con el nivel de instrucción de las mujeres en estudio ($p > 0,05$), lo que significa que independientemente de este factor la mujer de la localidad de Quinrapa-Huanta presenta temor a la prueba de Papanicolaou.

Nuestros resultados son similares a los obtenidos al de **Castro** y cols (2005), en su estudio “Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: Un estudio transversal en una comunidad pobre de Lima”, de 300 mujeres entrevistadas, encontró que el 36,3% tenía primaria o menos o era analfabeta y sólo 29% había completado la secundaria o tenía algún estudio superior. Mientras que con la investigación de **Seminario** y cols (2010), en su investigación “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación el test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo-2010”, sólo hay coincidencia con las mujeres que estudiaron hasta secundaria, quienes representaron el 29,6% (34). En tanto que encontró al 65,2% (75) que culminaron sus estudios superiores y el 6,1% (7) refirieron haber estudiado sólo primaria.

Mientras que no hay coincidencia de resultados con los encontrados en las investigaciones de **Soto** y cols (2003), en su estudio "Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. Policlínico Docente "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba", quienes de 118 mujeres: 59 de ellas se negaron a realizarse la citología cervicouterina (grupo de estudio) e igual número dispuestas a efectuársela (grupo control); con respecto a la escolaridad, el 49,5% (29) de las que se negaron y el 47,5% de las que no se negaron tuvieron nivel preuniversitario y el 30,5% y 27,5%, respectivamente, tuvieron nivel secundaria; así como de **Bermudez** y cols (2014), en su investigación "Factores influyentes en la No toma de la citología cervicouterina, barrio San Martín-San Gil, Cartagena-Colombia", encuestó a 178 mujeres; de ellas, el 51,7% tuvieron secundaria completa y el 23% primaria.

Tabla 3

Temor a la Prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, con relación a la ocupación. Abril-junio del 2017.

Ocupación	Temor a Papanicolaou					
	Presenta		No		TOTAL	
	temor		presenta			
			temor			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Su casa	40	50,0	7	8,8	47	58,8
Agricultora	19	23,7	8	10,0	27	33,7
Estudiante	3	3,8	1	1,3	4	5,0
Negociante	-	--	2	2,5	2	2,5
TOTAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

	Valor	gl	p < 0,05
Pearson Chi-Square	9,250 ^a	3	,026

En la tabla 3 se observa que del 100% (80) de mujeres entrevistadas que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, el 58,8% (47) se dedican a los que hacer del hogar; de ellas, el 50% (40) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 8,8% (7) no presentó temor. El 33,7% (27) de las mujeres se dedicaban a la agricultura; de las cuales, el 23,7% (19) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 10% (8) no presentó temor. Sólo el 2,5% (2) fueron mujeres que se dedicaban al negocio y no presentaron temor al Papanicolaou.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta entrevistadas fueron amas de casa, representado por un 58,8%, (47) donde la gran mayoría de ellas presentó temor por la prueba de Papanicolaou.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con la ocupación de las mujeres en estudio ($p < 0,05$), lo que significa que este factor de la mujer influye en el temor hacia esta prueba.

Nuestros resultados, con respecto a las amas de casa, son cercanos con los reportados por **Seminario** y cols (2010), en su investigación “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación el test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo-2010”, encontró que el 39,1% (45) fueron amas de casa, el 11,3% (13) laboraban en el sector educación y el 10,4% (12) fueron estudiantes.

Mientras que difieren grandemente con los reportados por **Soto** y cols (2003), en su estudio “Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. Policlínico Docente “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba”, de 118 mujeres: 59 de ellas se negaron a realizarse la citología cervicouterina (grupo de estudio) e igual número dispuestas a efectuársela (grupo control); con respecto a la ocupación, el 79,6% (47) de las que se negaron y el 81,6% de las que no se negaron, eran trabajadoras.

Tabla 4

Temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta con relación al ingreso económico mensual. Abril-junio del 2017.

Ingreso económico Mensual	Temor a Papanicolaou				TOTAL	
	Presenta temor		No presenta temor		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
< 1 IMV (< S/ 850.00)	53	66,3	12	15,0	65	81,3
1-2 IMV (S/ 850.00 - 1,700.00)	9	11,3	6	7,5	15	18,8
TOTAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

	Valor	gl	p > 0,05
Pearson Chi-Square	3,242 ^a	1	,072

La tabla 6 nos muestra que del 100% (80) de mujeres en estudio, el 81,3% (65) manifestaron tener un ingreso económico mensual > S/ 850.00; de ellas, el 66,3% (53) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 15% (12) no presentó temor. El 18,8% (15) de mujeres manifestaron tener un ingreso económico mensual entre S/ 850.00 - S/1,700.00; de las cuales, el 11,3% (9) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 7,5% (6) no presentó temor.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta tienen un ingreso

económico mensual < S/ 850.00 donde la gran mayoría de ellas presentó temor por la prueba de Papanicolaou.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con el ingreso económico mensual de las mujeres en estudio ($p > 0,05$), lo que significa que este factor de la mujer no influye en el temor hacia esta prueba.

Medrano (2014), en su estudio “Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini-2014”, encuestó a 225 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años, encontrando influencia del ingreso económico de la usuaria en la decisión de toma de Papanicolaou, donde el 34.5% de usuarias con ingreso menos de 750 soles deciden realizarse el Papanicolaou, porcentaje similar con el 36% de usuarias con el mismo ingreso económico, asimismo, el 34.5% de usuarias que deciden tomarse PAP y el 38.4% de usuarias que no deciden realizarse este examen tienen un ingreso económico de 750 a 1000 soles, por otra parte el 30.9% de usuarias que deciden realizarse PAP tienen un ingreso monetario mayor a 1000 soles comparado con 25.6% de usuarias que deciden no realizarse el examen de PAP y cuentan con el mismo ingreso económico, a pesar de ello no se observa relación significativa entre ambas variables ($p=0.677$). Los resultados reportados por la investigación previa se asemejan con los obtenidos en la presente investigación.

Tabla 5

Temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta con relación a la paridad. Abril-junio del 2017.

Paridad	Temor a Papanicolaou					
	Presenta		No		TOTAL	
	temor		presenta			
			temor			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	5	6,3	1	1,3	6	7,5
Múltipara	41	51,3	9	11,3	50	62,5
Gran múltipara	16	20,0	8	10,0	24	30,0
TOTAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

	Valor	gl	p > 0,05
Pearson Chi-Square	2,313 ^a	2	,315

En la tabla 5 se observa que del 100% (80) de mujeres en estudio, el 62,5% (50) fueron múltiparas; de ellas, el 51,3% (41) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 11,3% (9) no presentó temor. El mínimo porcentaje (7,5%) (6) de mujeres fueron primíparas; de las cuales, el 6,3% (5) presentó temor a la prueba de Papanicolaou y el 1,3% (1) no presentó temor.

De los resultados obtenidos se concluye que la mayoría de las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta eran múltiparas

(62,5%) (50) donde la gran mayoría de ellas presentó temor por la prueba de Papanicolaou.

Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con la paridad de las mujeres en estudio ($p > 0,05$), lo que significa que este factor de la mujer no influye en el temor hacia esta prueba.

Medrano (2014), en su estudio “Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini-2014”, encuestó a 225 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años. Con respecto a la relación significativa entre la paridad de las usuarias y la decisión de toma de Papanicolaou ($p=0.656$), el 68.3% de usuarias con decisión de toma de PAP y el 70.9% que deciden no realizarse el PAP, tienen entre 1 a 2 hijos, asimismo el 17.3% de usuarias con decisión de realizarse este examen y el 11.6% que no tienen la decisión de realizarse el examen tienen de entre 3 a 4 hijos.

Tabla 6

Temor a la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta con relación al motivo para la No realización de la prueba de Papanicolaou. Abril-junio del 2017.

Número de veces de PAP	Temor a Papanicolaou				TOTAL	
	Presenta temor		No presenta temor		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Ninguno	24	30,0	1	1,2	25	31,2
1 vez	15	18,8	2	2,5	17	21,3
2 veces	16	20,0	7	8,8	23	28,8
Más de 2 veces	7	8,8	8	10,0	15	18,8
TOTAL	62	77,5	18	22,5	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

	Valor	gl	p < 0,05
Pearson Chi-Square	15,039 ^a	3	,002

En la tabla 6 se observa que del 100% (80) de mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, el 68,8% (55) se realizó la prueba de Papanicolaou; de las cuales, el 28,8%(23) se realizó 2 veces y el 18,8% (15) se realizó por más de 2 veces. El 31,2% (25) restante de las mujeres no se realizó la prueba de Papanicolaou.

De los resultados obtenidos se concluye que un porcentaje considerable de las mujeres de la localidad de Quinrapa -Huanta 68,8%(55), se realizó la prueba de Papanicolaou. Pero también, los resultados muestran que a

pesar de tener temor por realizarse la prueba de Papanicolaou un número significativo de ellas se realizaron este examen. Este hecho se debe a que la gran mayoría de mujeres que se atienden en el Puesto de Salud en estudio son beneficiarias del Programa Juntos y para que tengan acceso a la ayuda económica que les son otorgadas cada dos meses, necesariamente deben realizarse anualmente la prueba de PAP; así como también, cumplir con el control de sus menores hijos.

Es de importancia que las mujeres en edad fértil se realicen periódicamente la prueba de Papanicolaou, debido a que, según la OMS (2015), la elevada tasa de mortalidad mundial por cáncer de cuello uterino (CCU) (52%) podría reducirse con programas de detección y tratamiento eficaces.

Nuestros resultados fueron similares a los obtenidos por **Seminario** (2010), quien encontró en mujeres del distrito de Chiclayo a un 31,9% que nunca se había realizado un PAP y el 13,8% (16) se lo habían realizado solo una vez en su vida.

Porcentajes mucho mayores a los obtenidos en nuestro estudio son reportados por **Medrano** (2014), quien encuestó a 225 mujeres en edad fértil de 20 a 49 años de Los Olivos-Lima; de ellas, encontró a un 38% de usuarias no aceptaron realizarse la prueba de Papanicolaou. En tanto que, **Mollinedo** y cols (2011), en 62 mujeres en edad fértil en San Pedro de Tiquina-Bolivia, a la pregunta si alguna vez se realizaron la prueba del PAP anteriormente, un 46,8% nunca se realizó la prueba, 43,5% una sola vez y

9,7% se realizaban periódicamente. De igual forma, **Gamarra** et al (2005) al evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del examen del Papanicolaou en una muestra de 200 mujeres hallaron que la negación de la realización del despistaje del cuello uterino fue del 69.5%.

Huamán (2010), quien entrevistó a 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo, encontrando que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello uterino fue del 15.4%. Mientras que, **Castro** et al (2005) quienes al entrevistar a 300 mujeres con edades entre 18 y 50 años residentes en la ciudad de Lima; hallaron que el 20% nunca se había realizado el Papanicolaou.

Tabla 7

Temor a la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, con relación a la fuente de información sobre Papanicolaou que tuvieron. Abril-junio del 2017.

Fuente de información	Realización de Papanicolaou					
	No se realizó		Se realizó		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No recibió información	24	30,0	9	11,3	33	41,3
Técnica de enfermería	1	1,2	29	36,3	30	37,5
Obstetra	-	--	13	16,2	13	16,2
Medios de comunicación	-	--	3	3,8	3	3,8
Otros	-	--	1	1,2	1	1,2
TOTAL	25	31,2	55	68,8	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

En la tabla 7 se observa que del 100% (80) de mujeres entrevistadas, el 41,3% (33) no recibió información sobre Papanicolaou; de ellas, el 30% (24) no se realizó dicha prueba y el 11,3%(9) sí se realizó. El 37,5% (30) recibió información sobre Papanicolaou por técnica de Enfermería; de las cuales, el 36,3% (29) se realizó la prueba de Papanicolaou y el 1,2% (1) no se realizó. Sólo el 1,2% (1) recibió información sobre Papanicolaou por otras fuentes.

De los resultados obtenidos se concluye que un porcentaje significativo de mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta no recibieron información sobre Papanicolaou; por ello, la gran mayoría de ellas no se realizaron dicha prueba. Y, del personal de salud que mayormente recibieron información sobre el Papanicolaou fueron por la técnica de Enfermería, por razones que no se contaba con un profesional Obstetra.

Es lamentable que sólo la sexta parte de las mujeres de la localidad de Quinrapa reciban información sobre una medida preventiva importante, como es la prueba de Papanicolaou, por parte del profesional que es su responsabilidad de realizarlo, el profesional Obstetra. La falta de información hace que las mujeres tengan temor a realizarse dicha prueba, que es muy importante para determinar con varios años de anticipación si una persona desarrollará cáncer al cuello uterino.

Castro y cols (2005), en su estudio “Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: Un estudio transversal en una comunidad pobre de Lima”, de 318 mujeres entrevistadas, encontró que el 77% recibió información acerca del PAP en un establecimiento de salud (centro de salud u hospital), el 11% de otras fuentes, el 7,9% de conversación con los amigos y el 4,1% por parte de la familia.

Tabla 8

Temor al número de veces que se realizaron la prueba de Papanicolaou las mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta. Abril-junio del 2017.

N° de veces que se realizó PAP	Realización de Papanicolaou					
	No se realizó		Se realizó		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No se realizó	25	31,2	-	--	25	31,2
1 vez	-	--	17	21,2	17	21,2
2 veces	-	--	23	28,8	23	28,8
Más de 2 veces	-	--	15	18,8	15	18,8
T O T A L	25	31,2	55	68,8	80	100,0

Fuente: Entrevista a mujeres de la localidad de Quinrapa-Huanta.

En la tabla 8 se observa que del 100% (80) de mujeres que se atienden en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, el 68,8% (55) se realizó la prueba de Papanicolaou; de las cuales, el 28,8% (23) se realizó 2 veces y el 18,8% (15) se realizó por más de 2 veces. El 31,2% (25) restante de las mujeres no se realizó la prueba de Papanicolaou.

De los resultados obtenidos se concluye que un porcentaje considerable 68,8 %de las mujeres de la localidad de Quinrapa de Huanta, se realizó la prueba de Papanicolaou. En este aspecto, cabe destacar que por medio de la charla que se brindó luego de la entrevista realizada, 17 de las 25 mujeres que no se realizaron la prueba de Papanicolaou decidieron hacérsela.

Castro y cols (2005), en su estudio “Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: Un estudio transversal en una comunidad pobre de Lima”, de 300 mujeres encuestadas, encontró que el 59,7% (179) se tomó el último PAP en los últimos 2 años, un 20% nunca se realizó un PAP y similar porcentaje (20%) se tomó el último PAP hace más de 2 años.

Huamán (2010), en su estudio “Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas”, entrevistó a 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo, encontrando a un 84,6% (237) que se realizaron la prueba de PAP, donde el 61,6% se realizó entre 2 a 4 veces, el 17,7% sólo una vez y el 20,7% se realizó por más de 4 veces.

Huamaní y cols (2007), en su estudio “Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007”, encuestó a 502 mujeres en edad fértil (entre los 15 a 45 años), encontrando una prevalencia de una actitud negativa o de indiferencia hacia la toma del PAP del 18,7%, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC 95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC 95%: 1,3-7,9).

CONCLUSIONES

1. Se entrevistó a 80 mujeres que se atendieron en el Puesto de Salud Quinrapa-Huanta, donde el 77,5% (62) presentaron temor a la prueba de Papanicolaou (PAP) y sólo el 22,5% (18) no presentaron temor a dicha prueba.
2. Los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que no existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con los factores: edad, nivel de instrucción, ingreso económico mensual y paridad de las mujeres en estudio, fuentes de información del Papanicolaou. ($p > 0,05$).
3. Mientras que los resultados sometidos a la prueba estadística chi cuadrado, nos muestra que existe relación entre el temor por la prueba de Papanicolaou con los factores: ocupación y el número de veces que se realizó el PAP ($p < 0,05$).
4. Con respecto a la fuente de información que tuvieron las mujeres en estudio, el 41,3% manifestaron no haber recibido información sobre Papanicolaou, el 37,5% recibió información por la Enfermera técnica y un 16,2% por el Obstetra por razón de que recién se cuenta con un personal obstetra en el puesto de salud Quinrapa.

RECOMENDACIONES

1. Se deben llevar a cabo campañas de información sobre la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou en forma masiva, grupal e individual a la población femenina que se atienden en al Puesto de Salud Quinrapa de la provincia de Huanta, con la finalidad de disminuir los temores que presentan frente a la misma; debido a que una identificación oportuna de resultados con Papanicolaou de precáncer o cáncer inicial da mayores posibilidades de que las mujeres reciban tratamiento a tiempo.
2. El Obstetra es el responsable de llevar a cabo todas las actividades preventivo-promocionales no sólo relacionado a cáncer de cuello uterino sino también de las diferentes atenciones de salud sexual y reproductiva de la población. Por lo que debe realizar orientación y consejería sobre la toma de muestra de Papanicolaou para así disminuir los temores que tienen las mujeres hacia la obtención de la muestra de PAP.
3. En el Puesto de Salud Quinrapa, los resultados de Papanicolaou deben entregarse en la fecha indicada (les citan un mes después de la muestra obtenida), debido a que la entrega tardía de la misma (en la mayoría de las veces les entregan entre los 4 a 6 meses después de la muestra obtenida) conlleva al desánimo para sus posteriores exámenes e incentivando a las que aún no se realizaron dicha prueba para que no lo hagan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS)-Organización Panamericana de la Salud (OPS). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2. ed. Washington, DC:OPS, 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina. 2010.
3. Ybarra Sagarduy, José Luis; Pérez Salinas, Blanca Estela; Romero Reyes Daniela. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. Rev. Digital de Psicología y Salud, Vol. 22, Núm. 2: 185-194, julio-diciembre de 2012.
4. Urrutia S María Teresa, Poupin B Lauren, Concha P Ximena, Viñales A Daisy, Iglesias N Cecilia, Reyes I Viviana. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al Programa de Cáncer Cervicouterino AUGE. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2017 Ene 16]; 73(2): 98-103. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200005&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000200005>.
5. Lamadrid Álvarez, Silvia. “Conocimientos y temores de las mujeres chilenas con respecto a la prueba de Papanicolaou”. Bol. Oficina Sanit Panamericana 121(6), 1996.

6. Castro Miriam, Morfin Rosaelia, Sánchez Sixto, Roca José, Sánchez Edmundo, Williams Michelle. 2005. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje: Un estudio transversal en una comunidad pobre de Lima. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 51, Nº 2 (2005).
7. Seminario Pintado, Manuel; Chero Farro, Dially; Colorado Julca, Fiorella; Gómez Palacios, Sara; Lamas Ramírez, Zarela; León Jimenéz, Franco Ernesto y otros. 2010. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010. Localización: *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, ISSN-e 2227-4331, Vol. 4, Nº. 2, 2011, págs. 94-98.
8. Huamaní, Charles; Hurtado-Ortega, Ana; Guardia-Ricra, Manuel y Roca- Mendoza, José. Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Rev. peru. med. exp. salud publica* [online]. 2008, vol.25, n.1 [citado 2017-08-29], pp.44-50. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
9. Ipurre Clares, Soledad. Nivel de Conocimiento, Actitud y Práctica sobre la Prueba de Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil que Acuden al Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho. 2014.
10. Gutiérrez Correa, Ketty; Yupanqui Quiquín, Mónica. Nivel de

- Conocimiento y Práctica del Papanicolaou en Mujeres en Edad Reproductiva. Consultorio de Obstetricia del Hospital II EsSalud de Ayacucho. 2010.
11. Cruz Machaca, Juan Carlos; Torre Tintaya, Liliana Vilma. Factores que Influyen en el Temor al Examen de Papanicolaou en Mujeres en Edad Reproductiva del Asentamiento Humano Covadonga-Ayacucho. 2007.
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. Cribado del cáncer del cuello del útero. Disponible en:
<http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/es/>.
 13. American Cancer Society. 2016. La prueba de Papanicolaou. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/prueba-de-papanicolaou.html>.
 14. Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Manual para el tamizaje del cáncer cervicouterino. 2010.
 15. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Nota descriptiva N| 380, Marzo 2015. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
 16. OMS- Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). Código Europeo Contra el Cáncer. Disponible en: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>. 2016
 17. Garrido, E. Motivos más frecuentes del temor al examen de Papanicolau en mujeres en edad fértil. Bolivia. 2001.

18. Mollinedo Quispe Norah M., Mita Kille Silvia E., Sánchez Molina Federico Gómez. Determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil en San Pedro de Tiquina - 2011. SCIENTIFICA [revista en la Internet]. 2012 [citado 2017 Jul 31] ; 10(1): 18-20. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1813-00542012000100004&lng=es.
19. Seminario-Pintado, Manuel; Chero-Farro, Divaly y cols. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación el test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo-2010. Rev. Del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Vol 4, N° 2 (2011).
20. Huamán Cubas, María Milenith. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. Univ César Vallejo UCV-Scientia, Vol 2, N° 2.
21. Núñez Herrero Laura, Yanes Calderón Margeris. Citología orgánica: temor o desconocimiento. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Jun [citado 2017 Ago29];23(2):.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200008&lng=es.
22. Soto Soto, Francisco; Martín Pérez, Graciela; Carballo Pérez, Normelbis; Benitez Grey, Teresa. Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. Policlínico Docente "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba. Medisan, 2003; 7(2):8-16.

23. Medrano Santa Cruz, Mayté Massiel. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini-2014. Tesis pregrado EAP Obstetricia-UNMSM.
24. Bermúdez Meza, Isabel Andrea; Macías Díaz, Sandra; Martínez Figueroa, Lina Fernanda; Sierra Lozano, Mónica Patricia; Quintero Barón, Víctor Manuel; Criado Morales, María Lucenith. Factores influyentes en la No toma de la citología cervicouterina, barrio San Martín-San Gil, Cartagena-Colombia. 2014. Rev. Universalud, vol. 4, N° 1.
25. Ministerio de Salud-Perú. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-N_1013-2016-MINSA.pdf
26. Espín Falcón, Julio C.; Cardona Almeida, Adriana; Acosta Gómez, Yuxini; Valdés Mora, Mariela; Olano Rivera, Mayleni. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_4_12/mgi16412.htm.

ANEXOS



FICHA DE DATOS

Fecha:

Nº de Ficha:

I. DATOS GENERALES

Nombre: Edad: años

Nivel de instrucción: **Iletrada** () Primaria () Secundaria ()
Superior ()

Ocupación: Su casa () Agricultora () Negociante ()
Otro:

Religión: Atea () Católica () Evangélica () Otro: . . .

Edad del inicio de las relaciones sexuales: años

Números de parejas sexuales: 1 () 2 () Más de 2 ()

Paridad: Nulípara () Primípara () Multípara () Gran multípara ()

II. CONDICION ECONOMICA

Ocupación del cónyuge:

Ingreso económico mensual: *IMV (ingreso mínimo vital)

< 1 IMV () 1 – 2 IMV () > 2 IMV ()

< S/ 850.00 () S/ 850.00 – S/ 1,700.00 () > S/ 1,700.00 ()

Condición económica: Deficiente () Regular () Buena ()

III. TEMOR POR REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

a) ¿Sabe Ud. qué es la prueba de PAP?

b) ¿Por qué una mujer debe realizarse la prueba de PAP?:
.....
.....
.....

c) Ud. alguna vez se realizó la prueba de PAP?: Sí () No ()
¿Cuántas veces se realizó el PAP?: 1 vez () 2 veces () Más de 2 veces ()
¿Cuándo fue la última vez que se realizó la prueba de PAP?: meses () años ()

d) En el caso de que No se realizó el PAP, diga ¿Cuál es el motivo principal por el que Ud. siente temor a la prueba de Papanicolaou?:
.....
.....

e) Recibió información sobre el PAP?: No () Sí ()
por qué fuente(s) se informó:
• No recibió información ()
• Enfermera técnica ()
• Obstetra ()
• Medios de comunicación ()
• Otros
.....
..

TEST DE TEMOR AL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

Instructivo: Marque con un aspa la acción que mejor se adecúa a la experiencia de realizarse una prueba de Papanicolaou:

MANIFESTACIONES DEL TEMOR	Siempre	A veces	Nunca
	3	2	1
1. Le causa temor someterse a la prueba de PAP			
2. Presenta nerviosismo cuando le hablan para someterse a la prueba de PAP.			
3. Tiene miedo de infectarse con alguna enfermedad durante la prueba de PAP.			
4. Tiene temor a la prueba de PAP porque le dijeron o piensa que produce dolor			
5. Siente temor por el resultado de la prueba de PAP.			
6. Siente temor porque la prueba de PAP le podría provocar sangrado.			
7. Se siente tensa cuando le hablan para someterse a la prueba de PAP.			
8. Siente que se ahoga o que "le falta aire" cuando le hablan para someterse a la prueba de PAP.			
9. Transpira intensamente cuando le hablan para someterse a la prueba de PAP.			
10. Tiene pudor que el examen de PAP sea realizado por un personal de sexo masculino			
11. Tiene temor a la falta de privacidad durante el examen de Papanicolaou			
T O T A L			

ESCALA DE EVALUACIÓN:

- Presenta temor : 23 – 33 puntos
- No presenta temor : 11 – 22 puntos

¡¡Muchas gracias por su participación!!

FUENTE : Psic. Elia Roca. Test de evaluación del temor.
<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/evaluación.PDF>