

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009"

POR:

DRA. MARGARITA DE LOURDES JAÉN CASTILLO

CEDULA 3-88-2163

TESIS PRESENTADA, PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN ADMINISTRACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ.

2010

PÁGINA DE APROBACIÓN

Tesis Titulada

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, EN EL MES DE ABRIL DE 2009”.

PRESENTADA POR LA DRA. MARGARITA DE LOURDES JAÉN CASTILLO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

APROBADO POR:

MAGISTER RICAURTE TUÑÓN

Director de la Tesis

DRA. BETY COMEZ

Miembro del Jurado

DR. GASPAR DACOSTA

Miembro del Jurado

Representante de la Vicerrectoría

De Investigación y Post-Grado

FECHA: _____

6 DEC 2010

Abogado del Autor

6049

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres y a mis dos hijos por su amor y comprensión, pues aportaron muchísimo en la culminación de esta investigación... su tiempo.

Con cariño,

Margarita.

Agradecimiento

A DIOS por acompañarme todos los días. A mi padre Doctor en Medicina y cirujano de profesión Aurelio Jaén Jaén y a mi madre, enfermera de profesión y abnegada Sra. Manuela Castillo de Jaén, que con su ayuda incondicional han tolerado pacientemente la ausencia obligada que significan las horas de lectura, investigación, escritura, revisión y reescritura. No sólo son mis padres, sino también mi ayuda en los momentos difíciles que la vida nos coloca como obstáculos a sortear. Ellos son y siguen siendo, una guía en todos esos momentos tormentosos y cargados de ansiedad y preocupación.

A mis hijos – Crisanto y Samuel – a mis hermanos Ricardo, Julián y Aurelio, al igual que a mi esposo, que me han acompañado silenciosamente en estos difíciles meses y años.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi asesor estadístico, Profesor Ricaurte Tuñón, mi gran asesor de tesis por aceptarme para realizar este estudio bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradezco también por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo, lo cual se ha visto también reflejado en los buenos resultados obtenidos. ¡Muchas gracias Profesor Ricaurte Tuñón!

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Dr. Omar Weber y al Fray-psicólogo clínico Salvador Barba por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Mi agradecimiento eterno para la Doctora Betty Gómez, a la Doctora Itza Camargo y al Dr. Gaspar Da Costa por su participación, ya que con su

aporte facilitaron las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mi eterno agradecimiento.

Dios los bendiga.

Dra. Margarita De Lourdes Jaén

Castillo

INDICE GENERAL	Pág. No.
Página de aprobación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice general	vi
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xvi
Resumen de estudio (Español e Inglés)	1
Introducción	3

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1. Título de la investigación	6
2. Antecedentes del estudio	6
3. Planteamiento del problema	9
4. Justificación	13
5. Objetivos Generales y Específicos	16
5.1. Objetivos Generales	16
5.2. Objetivos Específicos	16

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO PROPUESTO

1. Cáncer cervicouterino y la Prueba de Papanicolaou	18
2. Lo que puedo hacer	19

3. Los cuatro componentes del control del Cáncer Cervicouterino	20
3.1. Una táctica de equipo para el control del Cáncer Cervicouterino	22
4. El Tamizaje y la Prueba de Papanicolaou	24
4.1. Generalidades del Tamizaje	25
4.2. Toma de la prueba de Papanicolaou	25
4.3. Procedimientos, ventajas, desventajas y situación del Papanicolaou	29
4.4. Clasificación de Bethesda	31
4.4.1. Origen del Sistema Bethesda	32
5. Presupuestos Filosóficos sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al CACU	33
5.1. Conocimiento	33
5.1.1. Características del conocimiento	34
5.1.2. Actitud	35
5.1.3. Prácticas	36

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. Área de estudio	37
1.1. La Pintada	37
2. Tipo de estudio y diseño	39
3. Población y muestra	39
3.1. Población	39

3.2. Muestra	40
4. Criterios de inclusión y exclusión	41
4.1. Criterios de inclusión	41
4.2. Criterios de exclusión	42
5. Definición de variables	42
5.1. Conceptuales y operacionales	42
6. Instrumentos para la recolección de la información	46
7. Procedimientos para la recolección de la información	52
8. Plan de análisis de resultados	53
8.1. Consideraciones éticas	54
CAPÍTULO IV	
PLAN DE ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
1. Análisis	55
1.1. Características de la muestra	55
1.2. Análisis bivariado	73
2. Discusión de resultados	85
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXO	97

INDICE DE TABLAS

No. DE TABLAS	Pág. No.
Tabla I	29
Procedimientos, Ventajas, Desventajas y Situación de la Prueba del Papanicolaou	
Tabla II	42
Definiciones, Conceptuales y Operacionales de las Variables Principales	
Tabla III	47
Aspectos de interés en la investigación	
Tabla IV	50
Escala apreciativa de las puntuaciones de conocimiento.	
Tabla V	50
Escala apreciativa de las puntuaciones de prácticas.	
Tabla VI	51
Escala apreciativa de las puntuaciones de actitud.	

Tabla VII	56
Edad de las mujeres entre 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.	
Tabla VIII	57
Escolaridad de las mujeres entre 15 a 54 años, residentes en la Ciudad de La Pintada, abril de 2009.	
Tabla IX	58
Estado civil de las mujeres entre 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009	
Tabla X	58
Ocupación de las Mujeres entre 15 a 54 años, residentes en la Ciudad de La Pintada, abril de 2009.	
Tabla XI	59
Religión de las mujeres entre 15 a 54 años, residentes en la Ciudad de La Pintada, abril de 2009	
Tabla XII	60
Número de embarazos de las mujeres entre 15 a 54 años, Residentes en la Ciudad de La Pintada, abril 2009.	

Tabla XIII **61**

Número de partos de las Mujeres entre 15 a 54 años,
Residentes en la ciudad de La Pintada. abril de 2009.

Tabla XIV **62**

Número de abortos de las Mujeres entre 15 a 54 años,
Residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009

Tabla XV **63**

Inicio de relaciones sexuales de las mujeres, de 15
a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XVI **64**

Número de compañeros sexuales de las mujeres
entre 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La
Pintada, abril de 2009.

Tabla XVII **65**

Frecuencia de las relaciones sexuales de las
mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de
La Pintada, abril de 2009.

Tabla XVIII **66**

Métodos de Planificación Familiar de las Mujeres
de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La
Pintada, abril de 2009.

Tabla XIX **66**

Enfermedades de transmisión sexual de las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XX **67**

Conocimiento sobre el Pap de las mujeres de 15 a 54 Años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXI **68**

Preguntas de conocimiento sobre el Pap de las mujeres de 15 a 54 años residentes, en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXII **69**

Prácticas del Pap en las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXIII **70**

Indicadores de las Prácticas del Pap en las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXIV **71**

Actitud hacia el Pap en las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXV **72**

Preguntas de actitud hacia el Pap en las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXVI **73**

Conocimientos sobre el Pap según estudios realizados a las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXVII **74**

Medidas simétricas y medidas direccionales

Tabla XXVIII **75**

Conocimientos sobre el Pap, según edad de las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXIX **76**

Conocimientos sobre el Pap, según prácticas de las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXX **77**

Conocimientos sobre el Pap, según actitud de las Mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXXI **79**

Actitud hacia el Pap, según estudios realizados a las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXXII **80**

Actitud hacia el Pap según edad de las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXXIII **81**

Actitud hacia el Pap, según prácticas de las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de

La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXIV

83

Prácticas del Pap, según estudios realizados a las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

Tabla XXXV

84

Prácticas del Pap, según edad de las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada, abril de 2009.

INDICE DE FIGURAS

No.de Figura

Pág. No.

Figura No.1

38

Mapa de la División Política del
Distrito de La Pintada

RESUMEN

En Panamá, los programas de detección oportuna del cáncer uterino (CaCu) no han logrado transmitir la importancia del conocimiento de la prueba del Papanicolaou, debido a la falta de información clara a nivel poblacional, además de la actitud negativa y la resistencia de las mujeres hacia la práctica de la misma. El estudio tuvo como objetivo "Conocer el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la prueba de Papanicolaou tienen las mujeres de 15 a 54 años de edad residentes en el distrito de La Pintada al mes de abril del 2009". El estudio fue descriptivo, de asociación y comparación de subgrupos mediante un diseño no experimental. El universo lo conformaron 4,058 mujeres. Se seleccionó una muestra de 100 mujeres de este grupo. Para la recolección de la información se empleó un formulario de 36 preguntas; 15 corresponden a datos socios demográficos, 8 son de conocimiento, 10 son de actitud y 3 son de práctica e incluyen varias alternativas de respuesta. Como medidas de asociación se emplearon los estadísticos Chi-Cuadrado (para variables nominales), la tau-b ó c de Kendall's y la D de Somers (para variables ordinales). La asociación se consideró significativa a un nivel de 0.05. Para el análisis de los mismos se utilizarán distribución de frecuencias absolutas y relativas obtenidas del programa S.P.S.S. 17. Los conocimientos sobre el PAP se asociaron positivamente a los estudios y a la actitud. La actitud se asoció a las prácticas (esta asociación no fue muy fuerte).

Palabras Claves: Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el PAP.

ABSTRACT

In Panama, the screening programs for Uterine Cancer (CACU) haven't reach the goal of transmitting the importance of the Pap smear to the general population due to the lack of clear information at population level, also due to the negative attitude and to the resilience of the women toward the test. The presented study intends to measure "the level of knowledge, attitudes and practices that women, between 15 and 54 years-old, have about the Pap smear test, residents in the district of La Pintada by April, 2009". The study performed was descriptive, of association and comparison of minor groups in a non experimental manner. The universe included 4.058 women. A sample of 100 women from this group was selected. For the information gathering, a 36 questions questionnaire was used; of which 15 questions were about social and demographic information, 8 questions were about general knowledge, 10 were about attitudes and the last 3 were about practices, all of them included several alternatives as answer. For analyzing the data, it was used the chi-square (for nominal variables), Kendall's tau-b or -c and Somers' D (for ordinal variables). The association was considered significant at a 0.05 level. To analyze the data it was used absolute and relative frequencies obtained through the program S.P.S.S. 17. The knowledge about the PAP was positively associated with "studies and attitude". The attitude was associated with the practices, even though this association wasn't too strong.

Key words: Knowledge, Attitudes and Practices on the PAP.

INTRODUCCIÓN

En el mundo se diagnostican cada año aproximadamente 466.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino (CaCu o CCU), el cual representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres. La enfermedad es considerada como un problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo, donde se presentan el 80% de los casos diagnosticados y de las muertes a nivel mundial. En estos países esta enfermedad es la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, siendo el 90% de los casos en mujeres mayores de 35 años. En Panamá el Ca Cu ocupa el primer lugar como causa de muerte dentro de las neoplasias malignas. Las estadísticas señalan que un millón 121 mil 611 mujeres mayores de 15 años con una vida sexual activa se encuentran en riesgo de contraer cáncer cérvico - uterino. Para el año 2004, en Panamá se registró un total de 138 defunciones de mujeres a causa de esta enfermedad, con una tasa de 12.8 por ciento de defunciones a nivel nacional. Según Arevian M. en su estudio "A Survey of knowledge, attitudes, and practice of cervical creening among Lebanese/Armenian women(1997)", un mayor porcentaje de aceptación a la realización de la prueba (prácticas) estaría relacionado al grado de conocimientos y actitudes positivas frente al PAP demostrado un mayor uso de esta prueba . De igual forma, los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 30 años a nivel mundial, han establecido una fuerte asociación entre el cáncer de cuello uterino y los comportamientos sexuales, entre los que se pueden identificar la edad temprana de inicio de relaciones sexuales y un elevado número de compañeros sexuales al igual que el desconocimiento, falta de actitud positiva y baja práctica sobre el PAP. Así como también, otros factores

asociados como lo son la multiparidad, el consumo de tabaco y uso prolongado, por más de 12 años, de anticoncepción oral. Las condiciones socioeconómicas (bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso económico y baja cobertura de servicios de salud).

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC siglas en inglés), el cáncer en el cuello uterino está estrechamente vinculado con: ciertos comportamientos sexuales, tales como las relaciones sexuales a temprana edad y el tener múltiples compañeros sexuales, infección del virus del papiloma humano (HPV, siglas en inglés) desórdenes inmunosupresivos tales como el HIV/SIDA, no hacerse exámenes del Papanicolaou regularmente, desconocer sobre cribado, poca actitud positiva en la toma de PAP. Por lo que, los exámenes regulares de Papanicolaou pueden detectar problemas prematuramente antes de que el cáncer progrese a una etapa avanzada. Lo cual ofrece a la mujer una mejor oportunidad de tratamiento.

Conocer esta información nos permite atender la necesidad urgente de ofrecer una mayor cobertura a las mujeres residentes en la ciudad de La Pintada promoviendo el mejoramiento del conocimiento respecto a actitudes y prácticas sobre la prueba de PAP, así también, diseñar estrategias para superar las barreras anteriormente descritas, motiva esta investigación con el fin de sentar las bases que nos ofrezcan información objetiva sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la prueba de PAP en las pacientes de 15 a 54 años, residentes en la Ciudad de La Pintada.

El trabajo consta de 4 capítulos, en el primero de ellos se presenta el problema, justificación, objetivos y definición de variables; en el segundo se presenta el marco teórico sobre el Papanicolaou, definiendo los conceptos que servirán de fundamento al estudio. En el tercer capítulo presentamos la metodología empleada, en donde hacemos referencia al tipo de estudio y diseño, población y muestra e instrumento a utilizar. En el cuarto capítulo se presenta el análisis y discusión de los resultados de la investigación, haciendo referencia a las estadísticas empleadas según el nivel de medición de las variables y además, se presenta la discusión de los resultados principales. Por último, presentamos conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou en Mujeres de 15 a 54 años, residentes en la Ciudad de La Pintada, en el mes de abril de 2009”

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional se encontraron reportes de diferentes estudios tales como:

Un estudio de Fernando Bazán, Margarita Posso y César Rodríguez (noviembre-2005 a enero -2006) de conocimientos actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en Lima, Perú. Se evaluó el nivel de conocimiento de las encuestadas a través de un cuestionario que se les aplicó, llegaron a la conclusión que el conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou es bajo y que se debió a que existía poca difusión extra-mural sobre el Papanicolaou por los medios de comunicación o en su entorno, concordando con lo hallado por Giganchi (44. Giganchi P., Estambale B., .Bwyo J., .Rogo K., .Ojwang S., .Opiyos A., et al. Knowledge and practice about cervical cáncer and Pap smear testing among patients a Kenyatta National Hospital,Nairobi. Kenya. Int J. Gynecol Cancer.2003; 13:827-33), en Kenia, y al contrario de lo encontrado por Klug (45. Klug S, Hetzer M., Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors.

European Journal of Public Health, 2005; 15(1):70-7), en Alemania, en donde los medios de comunicación tienen una participación de hasta 53.8% en la difusión sobre la prueba del Papanicolaou, sin embargo, consideraban importante reformular las estrategias educativas para atraer a las mujeres a realizarse el Papanicolaou.

El estudio de Aguilar-Pérez, José A.; Leyva-López, Ahidée Gpe.; Angulo-Nájera, David; Salinas, Antonio; Lazcano-Ponce, Eduardo C. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México/Cervical cancer screening: knowledge of Pap smear benefits and utilization in Mexico, donde se encuestaron a 2.107 mujeres en edad reproductiva que acudieron a un servicio de planificación familiar, las cuales respondieron a un cuestionario con preguntas sobre características: socio demográficas, factores de riesgo reproductivo asociados a cáncer cervical, historia de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento de la utilidad y utilización del Papanicolaou y concluye que en cuanto a la utilización del Papanicolaou, el conocimiento de la utilidad del Papanicolaou incrementó en seis veces más la posibilidad de utilización (IC 95 por ciento 4,70-7,67) . La implementación de programas educativos en la prevención de cáncer, deberán incluir la utilidad de las pruebas de detección. En México, en mujeres en edad reproductiva, la utilización de la prueba de Papanicolaou se ofrece predominantemente en forma oportunista, por lo que el antecedente de utilización de los Servicios de Salud es un determinante para la utilización del

Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervical. Estos resultados muestran la necesidad de ampliar la promoción a la salud de este programa a las mujeres de alto riesgo, incluyendo a sus parejas sexuales. (46. Lazcano-Ponce E., Moss S., Cruz-Valde A., De Ruiz P., Factores que determinan la participación en el Tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Salud Pública de México. 1999; 41(4): 278-85).

El estudio de María Teresa Urrutia, Lauren Poupin B., Ximena Concha P., Daisy Viñales A., Cecilia Iglesias N., Viviana Reyes I., sobre ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE, se entrevistó a un grupo de 237 mujeres ingresadas al programa AUGE del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, Santiago, Chile y resultó que las razones para no hacerse el Papanicolaou y no acudir a buscar el resultado fueron: la falta de preocupación, los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad, falta de tiempo y la falta de conocimiento. Se concluye que todas las razones dadas por este grupo de mujeres en el estudio concuerdan con lo descrito en la literatura internacional. Los profesionales de la salud están en situación de cambiar la perspectiva que las mujeres tienen y mejorar la educación y la práctica del screening en las mujeres.

En el ámbito nacional no se encontró ninguna publicación sobre estudios similares al actual.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2005 se registraron, de conformidad con las proyecciones de la OMS, más de 500,000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, de los cuales el 90% correspondía a países en desarrollo. Se estima que un número superior al millón de mujeres padecen actualmente de cáncer cervicouterino en el mundo, la mayoría de las cuales no están diagnosticadas o carecen de acceso a tratamientos que podrían curarlas o prolongarles la vida. Para el mismo año, alrededor de 260,000 mujeres fallecieron de la enfermedad y cerca del 95% de esas defunciones ocurrieron en países en desarrollo; todo ello convierte al cáncer cervicouterino en una de las amenazas más graves para la vida de la mujer.

En muchos países en desarrollo se tiene un acceso limitado a servicios de salud y la detección del cáncer cervicouterino, bien no se practica o bien se practica en unas pocas mujeres que lo necesitan. En dichas regiones, el cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en la población femenina y la primera causa de fallecimiento de cáncer entre las mujeres. (Guía de prácticas esenciales 2007.Pág. 270/pdf)

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es la infección por una o más cepas oncógenas del virus del papiloma humano (VPH), un virus corriente que se transmite por vía sexual. La mayoría de las infecciones nuevas por el VPH ceden espontáneamente; si la infección persiste, puede desarrollarse un tumor pre maligno, y si éste no recibe tratamiento, puede transformarse en

cáncer. Habida cuenta de que las lesiones precursoras causadas por el VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en un cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres cervicouterinos pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones precancerosas.

La experiencia adquirida en países desarrollados demuestra que los programas de cribado sistemático, debidamente planificados y de gran cobertura pueden reducir significativamente el número de casos nuevos de cáncer cervicouterino, así como la tasa de mortalidad que se le asocia. Asimismo, se tienen indicios de que una toma de conciencia general de la prevención del cáncer cervicouterino, los programas eficaces de cribado y la optimización de los servicios de atención sanitaria existentes, pueden aliviar la carga de cáncer cervicouterino en la población femenina y el sistema de atención sanitaria. La incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad a causa de dicho cáncer difiere considerablemente entre los países desarrollados y los países en desarrollo. (Guía de prácticas esenciales 2007.Pág. 270/pdf)

En virtud de ello las razones principales de que la incidencia y la mortalidad sean mayores en los países en desarrollo son:

- La falta de concienciación del cáncer cervicouterino por parte de la población, los dispensadores de atención sanitaria y los formuladores de políticas. Al hablar de ello se hace referencia a la incapacidad de los responsables en la toma de decisiones de crear políticas de concienciación de la población que abarquen la magnitud del problema de

salud pública que supone esta clase de cáncer. Quizás por la falta de información precisa sobre su evolución natural, detección y tratamiento. Por ende, un gran número de la población nunca ha escuchado hablar del cáncer cervicouterino, ni reconocen los primeros signos y síntomas cuando aparecen. Peor aún, existe evidencia de que las mujeres en riesgo, aun no han cobrado conciencia de la necesidad de someterse a pruebas de detección, incluso en ausencia de síntomas.

- La ausencia de programas para la detección de lesiones precursoras y cáncer en sus fases iniciales, o la calidad deficiente de dichos programas. Ello es evidente en las mujeres que nunca se han sometido a un cribado, y en las cuales el cáncer tiende a diagnosticarse en un estadio avanzado, cuando es más difícil de tratar.
- El reducido acceso a servicios de atención sanitaria.
- La falta de sistemas de derivación operativos (Guía de prácticas esenciales 2007. Pág. 270/pdf).

En la mayoría de los países latinoamericanos, los estudios han demostrado que el mayor porcentaje de participación (prácticas) en la población, está relacionada a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante (Idestrom M., Milson I., Andersson-Ellstrom A., Knowledge. 2002;81:962-7 y Fylan F., Screening.1998;48:1509-14), a los niveles de educación y niveles económicos altos, así como actitudes positivas frente al PAP y un mayor uso de

esta prueba (Arevian M., 1997;45 (1):16-22). Situación ésta que, entorpece la detección temprana de diversas enfermedades ginecológicas, venéreas o de otro tipo.

Panamá como país latinoamericano, no escapa a esta realidad. Existen programas y se han trazado metas anuales para la toma de Prueba de Papanicolaou para el grupo de mujeres en riesgo. En la ciudad de La Pintada, las estadísticas demuestran que prevalece una baja captación de pacientes en el programa de planificación familiar y poca promoción en la toma de Prueba de Papanicolaou en el personal de salud, así como también poca estimulación para el recurso médico y de salud (médicos y enfermeras) para interesarse en elevar las coberturas del Papanicolaou en sus áreas de trabajo.

En la ciudad de La Pintada, a pesar de que está instituido dentro de las normas nacionales de atención, no se desarrollan, de manera integral, los programas de educación continua para los pacientes, lo cual contribuye a que no se alcancen los niveles de aceptación y cobertura esperados. (Según informe estadístico de enero a junio del año 2008 del centro de Salud de La Pintada).

Los planteamientos anteriores obligan a preguntarnos:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou, entre las mujeres de 15 a 54 años de edad, residentes en la ciudad de La Pintada?

¿Existe relación entre el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas sobre el PAP, edad y nivel de instrucción?

4. JUSTIFICACIÓN

La Prueba de Papanicolaou (PAP) ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix (Schiffman M., Brinton L., Devera S., Fraumeni. J. y Joseph F.; 2001), demostrando que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad de cáncer de cérvix (www.presidencia.gob.pa/noticia.7, feb/2006, Lazcano-Ponce E. MD. Dr Sc. Alonso P., .MD., Ruiz-Moreno J.A., MD, et al., Salud Pública Méx.2003: 45:s449-S462).

Basados en que el objetivo principal de la técnica de Papanicolaou es detectar células con alteraciones que indiquen cambios malignos. La importancia de realizarse la citología cervical exfoliativa (Papanicolaou) radica en la posibilidad de detectar de manera temprana lesiones precursoras (displasia leve, moderada o severa) antes de que evolucionen a cáncer, para que reciban tratamiento oportuno, y prevenir el desarrollo de casos de cáncer, tomando en cuenta los lapsos de tiempo de evolución que presentan. Además, no hay evidencia clínica del VPH, a menos que se produzcan verrugas genitales, aunque no siempre aparecen manifestaciones clínicas, si tiene el virus y es la

más común de las enfermedades de transmisión sexual. El VPH no tiene síntomas, puede estar hasta años infectada, sin darse cuenta por ignorancia o falta de conocimiento hasta que se agrava y da síntomas. Hay virus de bajo riesgo y de alto riesgo, de ahí la importancia del pesquisaje (Papanicolaou).

Es de conocimiento general que solo realizar el test del Papanicolaou regularmente puede salvar la vida de una persona y sin embargo, las estadísticas revelan que en La Pintada (departamento de estadística de La Pintada año 2008-junio 2009), no se está realizando con la frecuencia necesaria, ni en las coberturas óptimas para su detección oportuna en la población femenina.

Los problemas de por qué las mujeres no demandan los servicios de detección temprana del cáncer de cuello uterino son múltiples, que pueden resumirse en barreras de información, barreras psicológicas y barreras socioculturales. Dado que la falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer cérvico-uterino se constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección. Dentro de los factores condicionantes tenemos: vergüenza de hacerse un tacto vaginal, temor del procedimiento o temor a que el resultado final sea el padecer un cáncer y no poder soportar la presión de la familia, sobre todo del esposo, y de su entorno. Factores importantes como éstos obligan a investigar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou.

Por otro lado, conocer el perfil epidemiológico de la población femenina de 15 a 54 años, resulta de importancia dado que permite apreciar la magnitud del problema, ayudará a que la población tome conciencia de su situación respecto a la salud y la enfermedad, permite la planeación oportuna de la atención a las necesidades y sirve como parámetro para comparar los resultados con otras poblaciones o con la misma población después de cierto tiempo. Por eso, es fundamental investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la Prueba del Papanicolaou.

Finalmente, es necesario recalcar que en Panamá el cáncer de cérvix representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad, pero no se han encontrado estudios previos que evalúen los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou; ni que describan características sobre la práctica periódica de la misma. De igual forma, se carece de una información científica que pueda despejar, el por qué de este comportamiento, y permita indagar de manera aceptable los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años, residentes en el país y en el distrito de La Pintada.

Por lo que, los resultados obtenidos pueden contribuir a replantear estrategias de intervención oportunas tendientes a incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cérvix en La Pintada.

Explorar los conocimientos, actitudes y experiencias de las personas vinculadas a la prueba de PAP dará información valiosa para mejorar la atención integral de estas pacientes, incluyendo el acceso a los servicios de salud, lo que contribuirá a su control como problema de salud pública.

5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

5.1. Objetivos generales

- Analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la Prueba de Papanicolaou tienen las mujeres de 15 a 54 años de edad, residentes en la ciudad de La Pintada al mes de abril del 2009.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas sobre el PAP, edad y nivel de instrucción.

5.2. Objetivos específicos

- Determinar los conocimientos que tienen las mujeres de 15 a 54 años de edad, sobre la prueba de PAP.
- Identificar las actitudes que hacia el PAP tienen las mujeres de 15 a 54 años de edad, residentes en la ciudad La Pintada.

- Describir las características, que sobre la práctica periódica del PAP tienen las mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada.
- Determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes, prácticas, edad y nivel de instrucción.
- Determinar si existe relación entre la actitud y las prácticas, edad y nivel de instrucción.
- Determinar si existe relación entre las prácticas y edad y nivel de instrucción.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. CÁNCER CERVICOUTERINO Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

El cáncer cérvico uterino es una tumoración maligna que se presenta en el cuello de la matriz. Este tipo de cáncer es totalmente prevenible, ya que se conoce el agente causal y se dispone de los procedimientos para detectarlo y acceder prácticamente a la curación (Programa de Acción. Cáncer Cervicouterino. Secretaría de Salud. 2002. Méx.).

Entre los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de esta tumoración maligna se encuentran el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, tener algún parto antes de los 18 años, tener múltiples parejas sexuales o que la pareja sexual tenga relaciones sexuales con otras mujeres; asimismo la multiparidad, el tabaquismo, la inmunodepresión y la deficiencia vitamínica (Mortalidad en México, 2002.INDICADORES. Salud Pública Méx. 2004:46:169-185).

Síntomas: Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales (López-Carrillo L. Torres-Sánchez L. López-Cervantes M. Rueda-Neria C.2001:43:199-202).

Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto.

Cuando el tumor se ha extendido a sitios lejanos como el hígado, el cerebro o los pulmones, que son sitios frecuentes de diseminación del tumor a través de la sangre, puede provocar síntomas, dependiendo del lugar afectado.

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH por sus siglas) adquirido desde muy temprana edad (ENHER S Grief J. Polikoff J. Body. 2004 139 (9):954 -960).

2. LO QUE PUEDE HACER

■ La Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH), las lesiones premalignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como el Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente (Lazcano-Ponce E. MD. Dr Sc, Alonso P. MD. Ruiz-Moreno, Méx.2003:45:S449-S462).

- Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de comezón, manchas anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento; o fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico.

3. COMPONENTES DEL CONTROL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO

En un programa nacional de lucha contra el cáncer existen cuatro elementos básicos para luchar contra el cáncer cervicouterino:

1. Prevención primaria;
2. Detección precoz, mediante una mayor sensibilización y programas de cribado sistemático;
3. Diagnóstico y tratamiento;
4. Cuidados paliativos en la enfermedad avanzada.

Por prevención primaria se entiende la prevención de la infección por el VPH y de los cofactores que incrementan el riesgo de cáncer cervicouterino; incluye: la educación y el aumento de sensibilidad a efectos de reducir las conductas sexuales arriesgadas; la puesta en práctica de estrategias localmente adecuadas para modificar las conductas; el desarrollo y la puesta en circulación de una vacuna eficaz y asequible contra el VPH; esfuerzos para desalentar el

uso del tabaco, incluido el tabaquismo (que es un conocido factor de riesgo de cáncer cervicouterino y de otros tipos de cáncer).

La detección precoz incluye: programas de cribado sistemático orientados hacia los grupos adecuados de edad, con vínculos eficaces entre todos los niveles de atención; la educación de los dispensadores de atención sanitaria y de las mujeres del grupo indicado, haciendo hincapié en los beneficios del cribado, en la edad a la que normalmente se manifiesta el cáncer cervicouterino y en sus signos y síntomas.

El diagnóstico y tratamiento incluye: el seguimiento de las pacientes con resultados positivos en el cribado, para garantizar el diagnóstico y el tratamiento apropiado de la enfermedad; el tratamiento del pre cáncer con métodos relativamente sencillos para prevenir el desarrollo de cáncer; el tratamiento del cáncer invasor (comprende la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia).

Los cuidados paliativos incluyen: el alivio sintomático de la hemorragia, el dolor y otros síntomas de cáncer avanzado, así como de los efectos secundarios que causan algunos tratamientos; cuidado compasivo general de las mujeres que padecen de cáncer incurable; participación de la familia y de la comunidad en el cuidado de las pacientes cancerosas.

El control del cáncer cervicouterino puede lograrse si: existe una política nacional de lucha contra el cáncer cervicouterino, basada en la evolución natural de la enfermedad y en su prevalencia e incidencia locales en grupos diversos de

edades; se asignan recursos económicos y técnicos para respaldar la política; se ponen en marcha programas de educación pública y de sensibilización a efectos preventivos para respaldar la política nacional; el cribado es sistemático, y no circunstancial, y se asegura el seguimiento y el control de la calidad . Se somete al cribado el mayor número posible de mujeres del grupo indicado; los servicios de detección se vinculan con el tratamiento del pre cáncer y el cáncer invasor; se pone en funcionamiento un sistema de información sanitaria para registrar los logros e identificar las faltas. (Guía de prácticas esenciales 2007.Pág. 270/pdf)

3.1. Una táctica de equipo para el control del cáncer cervicouterino

Debido a su complejidad, el control del cáncer cervicouterino requiere un esfuerzo conjunto y multidisciplinar, así como la comunicación entre los dispensadores de todos los niveles del sistema sanitario.

Los agentes de salud de la comunidad deben comunicarse con las enfermeras y los médicos de los servicios de atención primaria de salud y, a veces, con el personal de laboratorio y los especialistas de los niveles comarcal y central.

La comunicación en los establecimientos sanitarios y entre los establecimientos sanitarios, así como los vínculos con los agentes de salud de la comunidad, resultan fundamentales a la hora de coordinar los servicios,

prestar a las mujeres la mejor asistencia posible y mejorar los resultados. La comunicación bidireccional es especialmente importante a efectos del tratamiento de las mujeres con cáncer invasor, que reciben tratamiento en el hospital y luego regresan a su comunidad para reponerse o recibir cuidados. Los dispensadores de atención secundaria o terciaria, como son los cirujanos, los radioterapeutas y las enfermeras, deben comunicarse en un lenguaje claro, con los dispensadores de atención primaria de salud y los agentes de salud de la comunidad. Puede resultar útil, por ejemplo, que los médicos del hospital central acudan de vez en cuando a las comunidades para hablar con los agentes de salud y constatar por sí mismos los problemas que existen en los entornos de pocos recursos que proporcionan cuidados a las mujeres tratadas contra el cáncer. Mantener un entusiasmo elevado mediante la provisión de formación y de apoyo, con actualizaciones, supervisión y orientación periódicas. Velar porque el ambiente de trabajo sea agradable, limpio y seguro, y porque disponga de los suministros y del personal adecuado. Recompensar adecuadamente al personal por la labor que realiza. (Guía de prácticas esenciales 2007.Pág. 270/pdf).

4. EL TAMIZAJE Y LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

Los esfuerzos de prevención del cáncer cérvico uterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las Pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. El procedimiento de tamizaje mediante la Prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años treinta y se le dio el nombre de su inventor, el Dr. George Papanicolaou.

En medicina, se entiende por tamizaje, la aplicación sistemática de un procedimiento diagnóstico a una población dada y en un intervalo definido. La eficacia y efectividad del tamizaje sólo pueden demostrarse mediante la disminución de la mortalidad (no letalidad), en estudios de casos y controles o en estudios prospectivos randomizados.

En el caso del cáncer del cuello uterino la única prueba diagnóstica con una disminución de la mortalidad demostrada por estudios de casos y controles (solo a partir de 1979), es el tamizaje por citología vaginal o Papanicolaou.

4.1. Generalidades del Tamizaje

Las acciones de tamizaje en CaCu están constituidas fundamentalmente por una herramienta básica llamada citología cervical; se trata de un método

diagnóstico que permite el examen microscópico directo de las características de las células, del epitelio del cérvix y del canal endocervical, utilizando una técnica de tinción, conocida como técnica de Papanicolaou.

Este método permite realizar un diagnóstico citológico de probable lesión cervical, que es emitido por el cito tecnólogo o el patólogo; este diagnóstico incluye desde la ausencia de lesión, pasando por los cambios inflamatorios no patológicos y todo el espectro de displasias leve, moderada y severa, el cáncer *in situ* y el cáncer invasor. Es importante recalcar que, cualquier hallazgo de patología en la citología cervical debe ser confirmado mediante estudio colposcópico y biopsia dirigida.

4.2. Toma de la prueba de Papanicolaou

Selección de la muestra: en la prueba de Papanicolaou se toma una muestra de células de la zona de transformación del cuello del útero, por medio de un cepillo o de una espátula de madera de punta extendida; ya no se recomienda la utilización de un hisopo de algodón. Se deben tomar muestras de toda la zona de transformación, dado que allí es donde se desarrollan prácticamente todas las lesiones de alto grado. La muestra se esparce sobre el portaobjetos y se fija inmediatamente con una solución para preservar las células. El portaobjetos se envía al laboratorio de citología donde se tiñe y examina al microscopio para determinar si las células son normales (Encuesta sobre salud familiar, Nicaragua 1993 Pro familia, Nicaragua) y clasificarlas

apropiadamente, según la clasificación de Bethesda. Los resultados de la prueba de Papanicolaou se envían luego al establecimiento sanitario donde Eficacia de una prueba de Papanicolaou HP8 Clasificación de Bethesda. La Prueba de Papanicolaou se realiza en menos de cinco minutos, no es dolorosa y se puede efectuar en una sala de reconocimiento ambulatorio. Se aconseja postergar la Prueba de Papanicolaou, si la mujer está menstruando abundantemente, presenta signos clínicos evidentes de inflamación o está embarazada.

Un frotis satisfactorio contiene un número apropiado de células del epitelio escamoso, debidamente preservadas y un adecuado componente endocervical o de la zona de transformación. Cada frotis se debe rotular de forma legible. La exactitud de la prueba citológica depende de la calidad de los servicios, incluidas las prácticas de recogida de muestras (la toma y la fijación de los frotis) y la preparación e interpretación de los frotis en el laboratorio. En las condiciones óptimas de los países desarrollados o de los centros de investigación, la citología convencional permite detectar hasta el 84% de los casos de pre cáncer y cáncer. No obstante, en condiciones adecuadas su sensibilidad se reduce al 38%. La especificidad de la prueba suele ser del 90%. Tras un breve curso de formación, cualquier dispensador que sepa efectuar un examen con espéculo (enfermera, enfermera ayudante o auxiliar, partera, técnico clínico, licenciado en medicina), puede llevar a cabo la Prueba de Papanicolaou.

Indicaciones: Se ha de ofrecer la posibilidad de cribado a los siguientes grupos de mujeres: cualquier mujer entre los 25 y 65 años de edad, a la que nunca se hizo la prueba de Papanicolaou o se le hizo tres años antes o más (o según las directrices nacionales); las mujeres en quienes el frotis de Papanicolaou previo resultó inadecuado o puso en evidencia una anomalía leve; las mujeres que padecen una hemorragia anómala; una hemorragia tras el coito o tras la menopausia u otros síntomas anormales; las mujeres en quienes se hallaron anomalías cervicouterinas.

Interpretación de los frotis: Los frotis son interpretados en un laboratorio por auxiliares de citología competentes, bajo la supervisión del anatomopatólogo, que es el responsable máximo de los resultados notificados. La interpretación correcta de los portaobjetos es crucial para el éxito del programa. A fin de mantener la habilidad y evitar la fatiga, los auxiliares de citología deben pasar un máximo de cinco horas diarias al microscopio y deben examinar 3,000 portaobjetos al año como mínimo. La garantía de la calidad resulta fundamental y debe instaurarse en todos los laboratorios de citología. Los dos métodos más utilizados son la revisión rápida de la totalidad de portaobjetos negativos y el cribado completo de un 10% de portaobjetos elegidos al azar que dieron primeramente resultados negativos. En ambos métodos, la revisión la realiza otro auxiliar de citología, y la confirmación de los frotis anómalos corre por cuenta del anatomopatólogo supervisor.

Los datos actuales indican que, de ambos métodos, el más eficaz y eficiente es el examen rápido de la totalidad de los frotis negativos. Los laboratorios deben disponer del equipo necesario para interpretar al menos 15,000 frotis al año. Por lo tanto, los servicios de citología no deben descentralizarse en pequeños laboratorios o consultorios de atención primaria de salud. Es fundamental contar con un transporte fiable de portaobjetos y de los resultados analíticos hacia y desde el laboratorio. La celeridad con que se envían los resultados al establecimiento sanitario es un elemento importante, tanto de la calidad del servicio analítico como de la calidad de la asistencia, y afecta considerablemente el grado de satisfacción de la mujer con respecto al servicio.

Se recomienda la citología en los programas de cribado del cáncer cervicouterino a gran escala, siempre que se disponga de suficientes recursos.

4.3. Procedimientos, ventajas, desventajas y situación de la Prueba del Papanicolaou

TABLA I PRUEBA, PROCEDIMIENTO, VENTAJA, DESVENTAJA Y SITUACIÓN DE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

PRUEBA	PROCEDIMIENTO	VENTAJA	DESVENTAJA	SITUACIÓN
Citología convencional (prueba de Papanicolaou)	El dispensador toma una muestra de células cervicouterinas y ésta se envía al laboratorio para que la examinen auxiliares de citología idóneos	<p>Uso de larga data</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamente aceptada • Se tiene un testimonio permanente de la prueba • Se dispone de formación y se han establecido mecanismos para el control de la calidad • Se pueden mejorar los servicios por medio de inversiones moderadas en los programas 	<ul style="list-style-type: none"> • No se dispone inmediatamente de los resultados • Se requieren sistemas que garanticen la comunicación oportuna de los resultados analíticos y el seguimiento de las mujeres • Necesidad de transporte de la muestra al laboratorio y de los resultados al consultorio • Exige un sistema de garantía de la calidad analítica • Moderada sensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible en muchos países desde la década de 1950 • Los Programas basados en la citología han reducido la mortalidad debida a cáncer en países desarrollados

		existentes •Elevada especificidad		
Citología en medio líquido (CML)	Se obtiene una muestra de células cervicouterinas con un cepillo diminuto; la muestra se sumerge en una solución especial y se envía al laboratorio para procesamiento y cribado	Menor número de muestras inadecuadas o insatisfactorias que exigirían volver a llamar a la paciente y repetir el cribado • Una vez que los auxiliares de citología adquieren la pericia necesaria, lleva menos tiempo examinar las muestras de citología en medio	• No se dispone inmediatamente de los resultados • Los materiales y las instalaciones de laboratorio son más costosos que en la citología convencional -Hasta la fecha, no se han llevado a cabo estudios controlados para comparar la sensibilidad y la especificidad de esta técnica con	Se ha elegido como método de cribado en algunos países desarrollados (como el Reino Unido)

		líquido • Se pueden hacer análisis moleculares en las muestras (como la del VPH)	las de la citología convencional	
--	--	---	----------------------------------	--

4.4. Clasificación de Bethesda

El sistema de Bethesda. CIN (por sus siglas en ingles) representa neoplasia intraepitelial cervical e implica una aberración subyacente en la proliferación de las células.

La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología. (Planificación de Programas Apropriados para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.3ª edición.Path-OPS 2002.p 7-8)

4.4.1 Origen del Sistema Bethesda

Se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario-taller organizado por el National Cancer Institute de los Estados Unidos y modificada en 1992. Los participantes concluyeron que la clasificación de Papanicolaou no se considera aceptable en la práctica moderna de la citología, por cuanto no corresponde a los conocimientos actuales sobre lesiones cérvico-vaginales.

El fin principal de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico).

La clasificación original fue la creada por George Papanicolaou, que identificaba cinco clases, desde la normalidad de la clase uno, hasta el cáncer invasor de la clase cinco.

Negativo: Sin cambios patológicos

1. Inflamatorio: Con signos de infección.
2. Células Atípicas (alteradas), pero sin un significado específico determinado (ASCUS).
3. Células glandulares atípicas (Del conducto cervical alteradas) de significado indeterminado (AGCUS).
4. Lesión escamosa de bajo grado (LGSIL).

5. Lesión escamosa de alto grado (HGSIL).
6. Células malignas (Cancerosas) presentes: células escamosas o glandulares que pueden provenir de un cáncer.

5. PRESUPUESTOS FILOSÓFICOS SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CACU

5.1 Conocimiento

Es una capacidad humana. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad.

El conocimiento es la aproximación eterna e infinita del pensamiento al objeto. El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.

5.1.1 Características del Conocimiento

Según la literatura revisada el conocimiento tiene tres características básicas:

- El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”;
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” , permite “entender” los fenómenos que las personas perciben , de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos.

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente.

Por ende, la falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, los riesgos de padecer la enfermedad, y de la realización del PAP como alternativa oportuna para curar la enfermedad constituye un factor negativo muy influyente que impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo.

5.1.2. Actitud

Se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Las actitudes son una predisposición a reaccionar de manera cismática favorable o desfavorable ante determinadas situaciones de su ambiente, ciertos aspectos del mundo real. La conveniencia de conocer la actitud de una persona es que permite predecir como va a reaccionar ante los aspectos del mundo.

Las actitudes, desde un punto de vista psicológico, se expresan y se hacen tangibles a nuestros sentidos en tres dimensiones: a nivel conductual, a nivel ideático y a nivel emocional.

A nivel conductual, una actitud se expresa cuando aceptamos de manera natural la realización de un examen de Papanicolaou, a nivel ideático, que es el pensamiento que en ese momento la paciente se dice a sí misma, señalando que es importante realizarse el examen y por último, la amabilidad como actitud

se expresa también a nivel emocional, es decir, la paciente no solo piensa que el examen es indispensable, sino que también lo siente.

5.1.3. Prácticas

Son las acciones mediante las cuales se espera lograr un producto deseable, para cambiar una situación dada, hay compromiso y responsabilidad social, se actuará a partir del análisis de todos los datos disponibles.

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cervicouterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a modificar las negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

Basado en ello, es imprescindible identificar que Prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la Prueba del Papanicolaou, que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

1. ÁREA DE ESTUDIO

1.1. La Pintada

Es un distrito ubicado al norte de la provincia de Coclé, con una extensión territorial de 1,023.6 km². Posee una población tanto rural como urbana.

Los límites son:

- Norte: Distrito de Donoso, Provincia de Colón,
- Sur: Distrito de Penonomé,
- Este: Distrito de Penonomé,
- Oeste: Distrito de Natá y Olá.

Fig. 1 Mapa de la División Política del Distrito de La Pintada



La comunidad posee un clima húmedo tropical y tropical de sabana. Temperatura promedio anual está entre los 24 y 26 grados centígrados y 20 y 22 grados en las partes más altas.

El distrito de La Pintada está dividido en cinco corregimientos:

1. La Pintada cabecera,
2. El Harino,
3. El Potrero,
4. Llano Grande,
5. Piedras Gordas.

La superficie total es de 1,105.7Km². La densidad poblacional del distrito de La Pintada es de 22.7 hab. /Km².

En el distrito existe un total de 26 curanderos, 56 parteros de los cuales 36 son capacitados; siete promotores de salud. Cuentan con dos Centros de Salud Materno Infantil, 17 puestos de salud y dos subcentros de salud.

La actividad económica es la agropecuaria, artesanías y turismo. Y la mayoría de las familias tienen un ingreso mínimo para cubrir las necesidades básicas.

2. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El estudio fue de tipo transversal descriptivo, de asociación y comparación de subgrupos mediante un diseño no experimental.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.1 Población

El universo del estudio estuvo integrado por todas las mujeres entre los 15 a 54 años de edad que, según las estadísticas de salud constituyen la población de responsabilidad del Centro de Salud Materno Infantil de La Pintada y que fue de 4,058 mujeres (año 2008 según Censo de Población y Vivienda en Panamá).

3.2 Muestra

Se empleará una muestra aleatoria, de 100 mujeres escogidas mediante muestreo sistemático de la población de mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada al mes de abril del 2009.

La muestra se seleccionó con un nivel de confianza del 95% y una precisión de 10% mediante la fórmula:

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

$$n = \frac{(1.96)^2 (4058)(0.5)(0.5)}{(0.10)^2 (4057) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = 94$$

donde:

N= población total;

p = probabilidad de que el evento se realice;

q = probabilidad de que el evento no se realice;

Z = nivel de confianza

Z alfa/2=

e = error máximo permitido.

Como las entrevistadas provenían de 10 lugares distintos, se incrementó la muestra a 100 con el objetivo de tener 10 representantes por lugar de procedencia.

4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.1. Criterios de inclusión: Se consideró como criterio de inclusión:

⇒ Ser mujer residente en la ciudad de la Pintada con edad, cumplida al momento del inicio del estudio, entre 15 a 54 años.

4.2. Criterios de exclusión: Se excluirán del estudio:

- ⇒ Pacientes embarazadas
- ⇒ Pacientes que rechacen participar en el estudio
- ⇒ Pacientes con trastorno mental y discapacidad.

5. DEFINICION DE VARIABLES

5.1 Definición Conceptual y Operacional de variables

Para una mejor comprensión del alcance de la investigación se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables principales:

TABLA II. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES PRINCIPALES.

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	CATEGORÍA
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	Número de años cumplidos y declarada por la persona al momento de aplicar la encuesta..	Categorías utilizadas : 15 – 19 años; 20 - 34 años; 35 - 49 años y 50 - 54 años
Nivel de Instrucción o estudios	Nivel de preparación académica de la persona.	Nivel académico referido por la encuestada.	Sin estudios, primaria completa, incompleta; secundaria completa, incompleta; técnica, universidad completa incompleta, ninguna

Estado civil	Situación de la mujer en relación al maridaje.	Situación jurídica declarada por la encuestada al momento de realizarse la investigación.	Soltera, separada/divorciada, unida, casada, viuda.
Sector de procedencia	Lugar de domicilio de la persona	Residencia habitual declarada por la mujer encuestada.	-La Candelaria -La Concepción -La Cruz, Santa Rosa -Nazareno , San Judas -Quinta del Carmen , San Martin -Sagrado Corazón ,Valle Alegre
Religión	Conjunto de creencias, sentimientos de veneración, normas morales de las personas.	Creencias religiosas practicadas de manera habitual por la encuestada.	-Católica, evangélica, protestante, otra.
Paridad	Número de hijos que ha procreado la paciente.	Numero de hijos declarados por la encuestada.	
Método de	Método que emplea la	Método utilizado para evitar	

Planificación Familiar	mujer con el fin de controlar la cantidad de hijos.	embarazos y declarado por la encuestada.	DIU/T de cobre, pastillas anticonceptivas, inyecciones, condones, abstinencia, otro.
Papanicolaou (PAP)	Examen que hace para chequear señas de cáncer en la cérvix (cuello de la matriz).	Método de planificación familiar declarado por la encuestada.	Si No
Actitud	Es una serie de conceptos como: disponibilidad, importancia, interés, motivos y sentimientos frente a la toma de Papanicolaou.	Estado de disposición adquirido y expresado a través de la opinión de las mujeres a la realización del PAP. Número de respuestas correctas a las preguntas sobre actitud que evalúan disponibilidad, importancia, interés, motivos y sentimientos frente a la toma de Papanicolaou.	Muy Favorable: si respondió correctamente de 8 a 10 preguntas sobre actitud. Poco favorable: si respondió correctamente de 6 a 7 preguntas sobre actitud. Desfavorable: si respondió correctamente de 5 o menos preguntas sobre actitud.
Práctica	Acciones mediante las cuales se espera alcanzar un producto deseado. Implica el ejecutar y realizar algo que se ha aprendido o se conoce.	Conducta, hábitos, gustos e informaciones creadas a través de compromisos y responsabilidad hacia la prueba del Papanicolaou y reflejados en las puntuaciones de los ítems	Correcto: si obtuvo un puntaje de 3 sobre la práctica. Incorrecto: si obtuvo un puntaje entre 0 a 2 sobre la práctica.

		sobre prácticas.	(De los 6 ítems correspondientes a esta variable se redujeron a 3 indicadores: tiempo para la realización del pap, control citológico, personal que lo realiza).
Conocimiento de PAP	Datos concretos en los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada.	Dominio de la información adquirida al momento de la aplicación de la encuesta por la persona acerca de la Prueba de Papanicolaou, medida a través del instrumento de recolección de la información.	<p>Excelente: si respondió correctamente a 8 preguntas sobre el conocimiento.</p> <p>Bueno: si respondió correctamente de 5 a 7 preguntas sobre el conocimiento.</p> <p>Regular: si respondió correctamente de 2 a 4 preguntas sobre el conocimiento.</p> <p>Bajo: si respondió correctamente a 1 o menos de 1 pregunta sobre el conocimiento.</p>

6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos se recolectaron mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, por entrevista personal, confidencial y autorizada verbalmente. Se emplearon dos encuestadoras capacitadas previamente sobre el tema. Las entrevistas se realizaron en horas vespertinas recorriendo los diez sectores y escogiendo al azar diez familias en cada sector. Cada entrevista duró entre 15 y 20 minutos.

7. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó, empleando un instrumento de 36 ítems (elaborado por la investigadora), el cual quedó estructurado en cuatro categorías principales: datos generales, conocimientos, prácticas y actitudes. Los ítems fueron de escoger la mejor respuesta, alternativas si y no y llenar espacios. En la categoría de datos generales se incluyen 15 ítems sobre: edad, escolaridad, estado civil, residencia, ocupación, religión, número de embarazos, número de partos, número de abortos, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, método de planificación familiar, enfermedad de transmisión sexual padecidas y tratamiento brindado. La categorías de conocimientos y actitud incluyeron ocho y diez afirmaciones, respectivamente,

evaluadas mediante una escala Likert, con valores numéricos de uno a cinco indicando estos: cinco (5) de acuerdo; cuatro (4) parcialmente de acuerdo; tres (3) indiferente; dos (2) en desacuerdo y; uno (1) parcialmente en desacuerdo. En la categoría correspondiente a prácticas se utilizó esta misma escala pero, con valores apreciativos de uno a tres puntos donde: tres (3) significaba siempre; dos (2) a veces; uno (1) nunca.

Para la validación del instrumento se recurrió al juicio de expertos. Para ello, se le facilitó el mismo a dos expertos, junto con los objetivos, dimensiones de la investigación y una plantilla de validación para que juzgaran, de manera independiente, la bondad de las preguntas en función de congruencia, claridad y tendenciosidad; asimismo señalaron las observaciones que debieron incorporarse al instrumento para su aplicación. Este instrumento fue validado, en la sección de conocimientos y práctica, por el Dr. Omar Weber gineco-obstetra y jefe de la sala de Gineco-Obstetricia del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé. Las preguntas sobre actitud y prácticas fueron validadas por el Fray-psicólogo clínico Salvador Barba, que actualmente labora en el Colegio San Agustín de Penonomé, Coclé.

TABLA III. ASPECTOS DE INTERES EN LA INVESTIGACIÓN

Aspectos	Ítems
Datos generales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Grado de estudios o escolaridad: 3. Estado civil: 4. Lugar en donde reside 5. Ocupación 6. Religión 7. Número de embarazos 8. Número de partos 9. Número de abortos 10. A qué edad inició sus relaciones sexuales 11. Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales 12. Número de compañeros sexuales 13. ¿Qué método de planificación familiar utiliza? 14. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad de transmisión sexual? 15. ¿Recibió tratamiento para dicha enfermedad?
Conocimiento	<ol style="list-style-type: none"> 16. ¿Dónde se toma la muestra de Papanicolaou? 17. ¿Para qué cree que sirve el Papanicolaou? 18. ¿Con qué frecuencia debería realizarse el Papanicolaou ? 19. ¿Qué diagnostica el Papanicolaou si se realiza periódicamente? 20. ¿Qué permite la técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou? 21. ¿Cuál es la finalidad que se puede alcanzar con la toma del Papanicolaou?

	<p>22. ¿Quiénes imparten la educación sanitaria sobre Papanicolaou?</p> <p>23. ¿En qué casos se puede dejar para después la Prueba de Papanicolaou?</p>
<p>Actitud</p>	<p>24. Mantengo una actitud positiva y demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.</p> <p>25. Me realizaría la prueba de Papanicolaou aun ante la negativa de mi esposo</p> <p>26. La incomodidad no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou.</p> <p>27. Es muy importante realizarme de manera periódica la Prueba de Papanicolaou:</p> <p>28. Constantemente deseo adquirir conocimientos nuevos sobre el examen de Papanicolaou:</p> <p>29. Realizarme la prueba de Papanicolaou me causa desagrado:</p> <p>30. La falta de tiempo es una de las razones por la que no acudo a realizarme el examen de Papanicolaou:</p> <p>31. El realizarme la Prueba de Papanicolaou me ocasiona vergüenza y ansiedad</p> <p>32. No me realizo la Prueba de Papanicolaou porque se demoran mucho para entregarme los resultados:</p> <p>33. El temor a obtener resultados anormales me origina rechazo a la de la Prueba de Papanicolaou</p>

Prácticas	<ol style="list-style-type: none">34. Me realizo la Prueba de Papanicolaou anualmente.35. Acudo al control citológico por iniciativa propia.36. Indistintamente de quien me tome el Papanicolaou me realizo el examen anualmente.
-----------	---

Las escalas apreciativas para conocimiento, prácticas y actitud se dan a continuación:

TABLA IV. ESCALA APRECIATIVA DE LAS PUNTUACIONES DE CONOCIMIENTO.

Puntuación	Escala apreciativa de comportamiento
8	Excelente
6 a 7	Bueno
4 a 5	Regular
0 a 3	Bajo

TABLA V. ESCALA APRECIATIVA DE LAS PUNTUACIONES DE PRÁCTICAS

Puntuación	Escala apreciativa de comportamiento
3	Correcta
0 a 2	Incorrecta

TABLA VI. ESCALA APRECIATIVA DE LAS PUNTUACIONES DE ACTITUD

Puntuación	Escala apreciativa de comportamiento
10	Muy favorable
8 a 9	Favorable
6 a 7	Poco favorable
5 o menos	No favorable

Una vez validado el instrumento, por los expertos, se corrigió la versión inicial y se incluyeron 15 preguntas generales sobre; estado civil, procedencia, ocupación, religión, número de embarazos, número de partos, número de abortos, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, método de planificación, enfermedades de transmisión sexual, tratamiento para dicha patología o enfermedad y frecuencia de la relaciones sexuales.

En la categoría de conocimientos se eliminaron seis preguntas enfocadas al cáncer cérvico-uterino, y se agregaron preguntas dirigidas al conocimiento sobre la Prueba de Papanicolaou. En la categoría de actitud se agregaron seis preguntas y en la de práctica se redujeron a 3 indicadores.

Una vez realizadas las correcciones sugeridas por los expertos, se procedió a aplicar una prueba piloto lo que permitió adecuar el instrumento al contexto y lenguaje de la población a la que se dirige la investigación. Los resultados permitieron adecuar algunas preguntas de acuerdo a los objetivos propuestos.

8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis será descriptivo, de comparación de subgrupos y asociación entre variables.

Como medidas de asociación se emplearon los estadísticos Chi-Cuadrado (para variables nominales), la tau-b ó c de Kendall's y la D de Somers (para variables ordinales). La asociación se consideró significativa a un nivel de 0.05.

Los resultados de las tabulaciones se presentan en tablas para cada variable.

Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS. 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences 17).

8.1. Consideraciones éticas

La participación de las mujeres encuestadas fue en forma anónima y voluntaria, previa explicación del estudio. Se solicitó el consentimiento verbal. Se respetó la decisión de las mujeres que no desearon iniciar o proseguir con la encuesta y se aseguró la confidencialidad de las informaciones obtenidas. Una vez finalizada la entrevista las encuestadoras proporcionaron información educativa respondiendo a las interrogantes surgidas.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

1. ANÁLISIS

1.1. Características de la muestra

TABLA VII. EDAD DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15-20	9	9
21-25	13	13
26-30	18	18
31-35	7	7
36-40	14	14
41-45	17	17
46-50	7	7
51-54	15	15
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El rango de edad de las entrevistadas fue de 15 a 54 años, siendo los rangos de 15 a 20; de 31 a 35 y; de 46 a 50 años, los que tuvieron menor representación en la muestra (9%, 7% y 7%, respectivamente) (Tabla VII).

TABLA VIII. ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009.

Escolaridad	Frecuencia	%
Universidad Incompleta	4	4
Universidad Completa	10	10
Secundaria Incompleta	13	13
Secundaria Completa	33	33
Primaria Incompleta	4	4
Primaria Completa	28	28
No contestó	1	1
Técnico	7	7
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El de mayor representación fue el rango de 26 a 30 años (18%); seguido de los rangos 41 a 45 (17%); 36 a 40 (14%) y de 21 a 25 años (13%). El 99% declaró tener algún grado de escolaridad (Tabla VIII).

TABLA IX. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009.

Estado Civil	Frecuencia	%
No contestó	1	1
Viuda	2	2
Casada	29	29
Unida	41	41
Separada/Divorciada	5	5
Soltera	22	22
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El mayor porcentaje manifiesta estar unida (41%), seguidas de las casadas (29%), solteras (22%), separadas o divorciadas (5%) y las viudas (2%) (Tabla IX).

TABLA X. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009.

Ocupación	Frecuencia	%
Comerciante	9	9
Trabajadora doméstica	8	8
Profesional	15	15
Estudiante	4	4
Ama de casa	64	64
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

La mayor cantidad de las entrevistadas eran amas de casa o trabajadoras domésticas (72%), siendo profesionales sólo el 15%, comerciantes el 9% y estudiantes 4%(Tabla X).

TABLA XI. RELIGIÓN DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Religión	Frecuencia	%
Católica	93	93
Evangélica	6	6
Otra	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

El 93% pertenecen a la religión Católica (Tabla XI).

TABLA XII. NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Número de Embarazos	Frecuencia	%
0	10	10
6	5	5
5	7	7
4	12	12
3	27	27
2	15	15
1	23	23
No contestó	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

El 89% declaró haber tenido entre uno y seis embarazos, concentrándose el mayor porcentaje en tres embarazos (27%); sólo un 10% declaró no haber tenido embarazos (Tabla XII).

TABLA XIII. NÚMERO DE DE PARTOS DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Número de Partos	Frecuencia	%
6 o más	6	6
5	7	7
4	12	12
3	24	24
2	15	15
1	23	23
0	12	12
No contestó	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Un alto porcentaje (87%) ha tenido entre uno o más partos (Tabla XIII).

TABLA XIV. NÚMERO DE ABORTOS DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA. ABRIL DE 2009.

Número de Abortos	Frecuencia	%
3 o más	1	1
1	12	12
0	66	66
No contestó	21	21
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El 66% afirma no haber tenido abortos, el 21% no contestó, un 12% manifestó haber tenido un aborto y sólo una admitió haber tenido tres o más (Tabla XIV).

TABLA XV. INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES ENTRE 15 Y 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	%
38	1	1
26	1	1
25	5	5
23	4	4
22	2	2
21	1	1
20	17	17
19	11	11
18	19	19
17	13	13
16	11	11
15	5	5
14	1	1
No ha tenido relaciones sexuales	2	2
No contestó	7	7
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

La menor edad de inicio de relaciones sexuales, fue a los 14 años, concentrándose la mayoría (72%) entre 16 y 20 años (Tabla XV).

TABLA XVI. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Número de compañeros sexuales	Frecuencia	%
3 o más	15	15
2	18	18
1	61	61
No tiene relaciones sexuales	2	2
No contestó	4	4
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El 94% tiene por lo menos un compañero sexual, destacándose en este grupo un 33% que tienen dos o más compañeros sexuales (Tabla XVI).

TABLA XVII. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Métodos de Planificación familiar	Frecuencia	%
Sin compañero	14	14
Salping	17	17
Abstinencia	2	2
Condomes	12	12
Inyecciones	19	19
Pastillas anticonceptivas	14	14
Menopausia	4	4
Ningún método	6	6
DIU/T	9	9
No tengo relaciones sexuales	2	2
No contestó	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El 69% utiliza métodos de planificación con riesgo de sufrir alguna enfermedad de transmisión sexual (Tabla XVII).

TABLA XVIII. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES, ENTRE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Enfermedades de transmisión sexual	Frecuencia	%
No	100	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. ABRIL de 2009.

Ninguna de las entrevistadas aceptó haber sufrido de alguna enfermedad de transmisión sexual (Tabla XVIII).

TABLA XIX. CONOCIMIENTO SOBRE EL PAP DE LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Conocimiento sobre el PAP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Bajo	2	2.0	2.0
Regular	8	8.0	10.0
Bueno	46	46.0	56.0
Excelente	44	44.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. ABRIL de 2009.

El 90% demostró tener un conocimiento entre bueno y excelente sobre el PAP. Sólo un 2% tiene un conocimiento bajo (Tabla XIX).

TABLA XX: PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PAP DE MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Preguntas	Correcta	%	Incorrecta	%
Donde se toma la muestra PAP	79	79.0	21	21.0
Para qué sirve el PAP	80	80.0	20	20.0
Frecuencia del PAP	94	94.0	6	6.0
Qué diagnostica el PAP	95	95.0	5	5.0
Qué permite la técnica de tinción	70	70.0	30	30.0
Finalidad del PAP	95	95.0	5	5.0
Quienes imparten educación sobre el PAP	97	97.0	3	3.0
Después prueba PAP	90	90.0	10	10.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Las preguntas con mayor porcentaje de respuestas incorrectas fueron las relacionadas a (Tabla XX); lo que permite la técnica de tinción (30%), donde se toma la prueba del PAP (21%) y para que sirve el PAP (20%).

TABLA XXI. PRÁCTICAS DEL PAP EN LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009 (n=100).

Prácticas	Porcentaje
Prácticas Incorrectas	42.0
Prácticas Correctas	58.0
Total	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Un porcentaje importante (42%) de las entrevistadas (Tabla XXI) tienen prácticas incorrectas sobre el PAP, el 58% restante reporto realizar prácticas correctas.

TABLA XXII. INDICADORES DE LAS PRÁCTICAS DEL PAP EN LAS MUJERES, DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Indicadores	Correcta	%	Incorrecta	%
Tiempo recomendado para la realización del PAP	93	93.0	7	7.0
Control citológico	93	93.0	7	7.0
PAP anual independientemente de quien tome la muestra	90	90.0	10	10.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

Para determinar los indicadores que con mayor frecuencia reportan prácticas incorrectas, se encontró que el indicador "PAP anual independientemente de quien tome la muestra" fue donde se presentó el mayor porcentaje de respuestas incorrectas (Tabla XXII). Los indicadores "Tiempo recomendado para la realización del PAP" y "Control citológico presentaron la misma cantidad de prácticas incorrectas" (7%).

TABLA XXIII. ACTITUD HACIA EL PAP EN LAS MUJERES DE LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Actitud hacia el PAP	Porcentaje (%)
No Favorable	60.0
Poco Favorable	25.0
Favorable	11.0
Muy Favorable	4.0
Total	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

El 85% de las mujeres mantienen una actitud poco o nada favorable hacia la toma del Papanicolaou (Tabla XXIII).

TABLA XXIV. PREGUNTAS DE ACTITUD HACIA EL PAP EN LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Pregunta	Respuesta			
	Positiva	%	Negativa	%
Actitud hacia el PAP	75	75.0	25	25.0
Negativa del esposo	64	64.0	36	36.0
Incomodidad	60	60.0	40	40.0
Importancia del PAP	82	82.0	18	18.0
Adquirir conocimiento	57	57.0	43	43.0
Causa desagrado	27	27.0	73	73.0
Falta de tiempo	28	28.0	72	72.0
Ansiedad	29	29.0	71	71.0
Demora en resultados	24	24.0	76	76.0
Resultado anormal	34	34.0	66	66.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

Dentro de las razones negativas (Tabla XXIV) a las que obedece este comportamiento están: la demora en la entrega de los resultados (76%), la causa desagrado (73%), falta de tiempo (72%) y porque le produce ansiedad (71%).

1.2 ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA XXV. CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAP, SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS POR LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA. ABRIL DE 2009.

Conocimientos sobre el PAP	Estudios			Total
	Sin estudios o estudios Primarios	Estudios Secundarios	Estudios Universitarios	
Bajo	2	0	0	2
Regular	4	4	0	8
Bueno	19	18	9	46
Excelente	8	24	12	44
Total	33	46	21	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

TABLA XXVI. MEDIDAS SIMÉTRICAS Y MEDIDAS DIRECCIONALES

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.249	.001
N de casos válidos		100	

Medidas direccionales				
			Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	d de Somers	Simétrica	.271	.001
		Conocimiento dependiente	.261	.001

Aunque la relación no es muy fuerte, el nivel de conocimiento se asoció, positivamente, a los estudios ($t_c = .249, p = .001$).

Es decir, el conocimiento sobre el PAP mejora al optimizar los estudios de las entrevistadas ($d_s = 0.261, p = 0.001$).

TABLA XXVII: CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAP SEGÚN EDAD DE 15 A 54 AÑOS, EN LA MUJERES RESIDENTES EN LA CIUDAD E LA PINTADA, ABRIL 2009.

Conocimiento	Edad								Total
	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-54	
Malo	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Regular	0	1	1	0	1	0	2	3	8
Bueno	6	5	7	2	9	8	3	6	46
Excelente	3	7	10	4	3	9	2	6	44
Total	9	13	18	7	14	17	7	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-.081	.307
N de casos válidos		100	

El conocimiento no se asoció a la edad ($t_c = -.081, p = .307$).

TABLA XXVIII: CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAP SEGÚN PRÁCTICAS DE MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Conocimiento	Prácticas		Total
	Prácticas Incorrectas	Prácticas Correctas	
Bajo	1	1	2
Regular	5	3	8
Bueno	16	30	46
Excelente	20	24	44
Total	42	58	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	-.015	.885
N de casos válidos		100	

Las prácticas no se asocian al conocimiento sobre el PAP ($t_c = -.015$, $p = 0.885$).

TABLA XXIX: CONOCIMIENTOS SOBRE EL PAP SEGÚN ACTITUD DE LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Conocimiento	Actitud hacia el PAP				Total
	No Favorable	Poco Favorable	Favorable	Muy Favorable	
Bajo	2	0	0	0	2
Regular	7	1	0	0	8
Bueno	29	9	5	3	46
Excelente	22	15	6	1	44
Total	60	25	11	4	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	.178	.037
N de casos válidos		100	

Medidas direccionales				
			Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	d de Somers	Simétrica	.177	.037
		Actitud hacia el PAP dependiente	.174	.037

El conocimiento está asociado a la actitud hacia el PAP ($t_c = 0.178$, $p = 0.037$).

Es decir, a mayor nivel de conocimiento se mejora la actitud hacia el PAP

($d_s = 0.174$, $p = 0.037$). (Es importante señalar que esta relación es muy débil)

TABLA XXX: ACTITUD HACIA EL PAP SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS A LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

	ACTITUD HACIA EL PAP			
	Sin estudios o estudios Primarios	Actitud hacia el PAP	Estudios	
No Favorable	20	30	10	60
Poco Favorable	6	11	8	25
Favorable	5	4	2	11
Muy Favorable	2	1	1	4
Total	33	46	21	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.029	.729
N de casos válidos		100	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

La actitud hacia el PAP no se asoció a los estudios ($t_c = .029, p = 0.729$).

TABLA XXXI. ACTITUD HACIA EL PAP SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL 2009.

Actitud hacia el PAP	Edad								Total
	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-54	
No Favorable	6	9	13	5	9	7	4	7	60
Poco Favorable	2	2	3	1	4	8	2	3	25
Favorable	1	1	1	1	1	1	1	4	11
Muy Favorable	0	1	1	0	0	1	0	1	4
Total	9	13	18	7	14	17	7	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.150	.061
N de casos válidos		100	

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

La actitud hacia el PAP no se asoció a la edad ($t_c = .150$ $p = 0.061$).

TABLA XXXII. ACTITUD HACIA EL PAP SEGÚN PRÁCTICAS DE MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009.

Actitud hacia el PAP	Prácticas		Total
	Prácticas Incorrectas	Prácticas Correctas	
No Favorable	31	29	60
Poco Favorable	8	17	25
Favorable	3	8	11
Muy Favorable	0	4	4
Total	42	58	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-c de Kendall	.255	.006
N de casos válidos		100	

Medidas Direccionales				
			Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	d de Somers	Simétrica	.242	.006
		Prácticas dependiente	.226	.006

La actitud está asociada a las prácticas del PAP ($t_c = 0.243$, $p = 0.006$).

Es decir, las mujeres practican correctamente el PAP, en la medida en que tienen mejor actitud hacia esta prueba, ($d_s = 0.226$, $p = 0.006$). (Esta relación es débil).

TABLA XXXIII. PRÁCTICAS DEL PAP SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS A LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN LA CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009.

Prácticas	Estudios			Total
	Sin estudios o estudios Primarios	Estudios Secundarios	Estudios Universitarios	
Prácticas Incorrectas	14	21	7	42
Prácticas Correctas	19	25	14	58
Total	33	46	21	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009

Un 14% de las encuestadas sin estudios o estudios primarios reportaron prácticas incorrectas, un 21% con estudios secundarios reportaron prácticas incorrectas y el 7% con estudios universitarios reportó prácticas incorrectas.

Un 19% sin estudios o estudios primarios reportó prácticas correctas, un 25% con estudios secundarios reportó prácticas correctas y solo un 14% con estudios universitarios reportó prácticas correctas.

Prueba de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. aproximada
Chi-cuadrado de Pearson	11.135	7	.133
N de casos válidos		100	

Los estudios no se asociaron a las prácticas del PAP (Chi-cuadrado de Pearson =11.135, $p=.133$)

TABLA XXXIV. PRÁCTICAS DEL PAP SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES DE 15 A 54 AÑOS, RESIDENTES EN CIUDAD DE LA PINTADA, ABRIL DE 2009.

Prácticas	Edad								Total
	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-54	
Prácticas Incorrectas	3	8	9	5	4	3	4	6	42
Prácticas Correctas	6	5	9	2	10	14	3	9	58
Total	9	13	18	7	14	17	7	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 54 años en la ciudad de La Pintada. Abril de 2009.

Medidas simétricas			
		Valor	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	.128	.259
N de casos válidos		100	

Las prácticas no se asociaron a la edad ($t_c = 0.128$, $p = 0.259$).

2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las participantes del estudio corresponden a un grupo de mujeres jóvenes, pertenecientes, la mayoría, a la religión católica, que iniciaron a edad temprana sus relaciones sexuales, y que mantienen, en su mayoría, relaciones sexuales frecuentes, con experiencia en partos y con algún grado de escolaridad (a pesar de tratarse de mujeres que en su gran mayoría son amas de casa o trabajadoras domésticas).

Uno de los resultados que llama la atención es el hecho de que ninguna de las mujeres manifestó haber sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual. Ello resulta bastante dudoso ya que en su mayoría mantienen relaciones sexuales con métodos anticonceptivos, con alto riesgo de contraer alguna enfermedad de este tipo y un porcentaje significativo de ellas mantiene relaciones con más de un compañero sexual.

A pesar de que las entrevistadas manejan una cantidad considerable de información, su actitud hacia esta prueba no fue favorable. De las razones señaladas para este comportamiento, una fue institucional y se relaciona con el tiempo en la entrega de los resultados; las otras fueron de índole personal como, el que le causa desagrado o ansiedad y por falta de tiempo. Estos resultados evidencian la poca importancia que le prestan las entrevistadas a su salud, ya que no se han logrado crear los niveles adecuados de conciencia para que su actitud sea favorable hacia esa prueba. A pesar de ello, se demuestra, que el manejo de mayor información mejora la actitud de las mujeres esto obliga a seguir aumentando la implementación de programas de educación sobre el Papanicolaou, para mantener niveles adecuados de conocimiento y con ello, mejorar la actitud positiva hacia esta prueba.

Un grupo importante de las mujeres entrevistadas evidenciaron prácticas incorrectas de la prueba del PAP, básicamente sus temores se centraron en la sensación de pérdida de la intimidad al ser examinadas por un médico varón y en la toma de la prueba en tiempo recomendado para su realización. Lo primero podría ser una consecuencia del alto grado de machismo, o falta de apoyo conyugal que todavía se vive en esta región; lo segundo, podría ser la falta de conciencia en la importancia de la detección temprana de enfermedades a través de esta prueba. Esto evidencia la poca cobertura de la prueba de PAP en comparación a países desarrollados a pesar de las políticas y programas existentes.

El hecho de que las prácticas estén relacionadas positivamente a la actitud, indica que al mejorar la condición de las mujeres hacia esta prueba las entrevistadas practican, correctamente, dicha prueba.

En resumen, aunque la relación fue débil, los conocimientos se asociaron, positivamente, a los niveles de escolaridad y a la actitud y esta última a las prácticas del PAP.

CONCLUSIONES

- El 90% de las mujeres de 15 a 54 años de edad, residentes en la ciudad La Pintada, tienen conocimientos entre buenos y excelentes.
- El estudio evidencia que las actitudes de las pacientes a la toma de PAP se ve afectado por la demora en la entrega de los resultados y el desagrado, ansiedad y la falta de tiempo.
- El 85% de las entrevistadas practican incorrectamente la prueba del PAP.
- Los elementos relacionados con este resultado fueron: la práctica de la prueba por un médico varón y el tiempo establecido para la toma de la misma.
- El conocimiento sobre el PAP se asoció, positivamente, con el nivel de escolaridad y la actitud.
- La actitud, además de asociarse al conocimiento, también se asoció a las prácticas de esta prueba y fue débil.

RECOMENDACIONES

Al culminar este estudio y en función de los resultados obtenidos presentamos las siguientes recomendaciones:

- Implementar una política permanente de prevención, ya que constituye el pilar fundamental en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, principalmente VPH y cáncer cervico-uterino, donde el Papanicolaou y la colposcopia realizada rutinariamente ayudan a prevenir VPH.
- Estimular en el personal médico y de enfermería, que brinda atenciones ginecológicas, el interés por aumentar las coberturas del Papanicolaou ofreciendo la prueba constantemente a todas las pacientes.
- Incrementar las campañas de educación sexual para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas; para con ello reducir la cantidad de compañeros sexuales y disminuir el riesgo de contagio de IVPH.
- Incrementar el plan de vigilancia y control a las portadoras del VPH, con el fin de disminuir el riesgo de contraer cáncer o transmitir el virus.
- Organizar programas, a nivel nacional, regional y local, para la atención integral de los pacientes con riesgo de padecer o que sufran de ETS (VPH), estableciendo como norma la toma de Papanicolaou a pacientes que acuden a las áreas de salud.

- Aumentar la captación de pacientes para el programa de planificación familiar.
- Promover la toma de Papanicolaou entre las pacientes atendidas por urgencias ofertando la prueba y refiriéndola a consulta externa.
- Disminuir, al máximo, los tiempos en la entrega de resultados de las pruebas del PAP, implementando un servicio de información al paciente que permita la comunicación de resultados, desfavorables, en forma rápida, oportuna y segura.
- Iniciar, de forma permanente, una política de educación al personal de salud, para que estos a su vez trasmitan a las mujeres la idea de que las enfermedades de transmisión sexual son un problema de salud prevenibles y controlables.
- Recomendamos temas como: Uso prolongado, por más de 12 años, de anticoncepción oral, para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. **AREVIAN, M.** (1997). A survey of knowledge, attitudes, and practice of cervical screening among Lebanese/Armenian women. *Nursing Outlook*; 45(1);16-22.
2. **CAR, O. R.** (1999). Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en usuarios con vidas sexual activa en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Jacinto Hernández de Nueva Guinea.
3. **CASTELLSAGUÉ et al.** (November 2002), "Environmental co-factors in HPV carcinogenesis". En: *Virus Research*, 89(2):191–199.
4. **CEDEÑO, A. M.** (2004). Conocimiento actitudes y practicas sobre utilidad del papanicolau en El Cua, Nueva Segovia.
5. **CUADRA, R.** (octubre 1994). *Salud Reproductiva. Salud y Familia* No. 5 P.6.
6. **DAY, R.** (edición 2003) *Como redactar y escribir trabajos monográficos.* OPS II.
7. **ENCUESTA SOBRE SALUD FAMILIAR.** (1993) Nicaragua. Pro familia, Nicaragua.
8. **"ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGÍA Y DESARROLLO EDUCATIVO"** Prentice Halls Hispanoamericana S.A. México.
9. **ENGER, S. et al.** (2004). Body Weight Correlates With Mortality in Early-Stage Breast Cancer. *Archives of Surgery*, 139(9):954-960.

10. **ENGENDER HEALTH**-Práctica de los Servicios de Prevención de
- Ca Cu. Dr Mark Barone.
 - ENCICLOPEDIAS Y DICCIONARIOS
 - ENCICLOPEDIA DE PSICOLOGÍA Y PEDAGOGÍA”_ Grupo. Editorial Océano.
11. **FONSECA y CERRATO.** (1996). Conocimientos y actitudes en relación al Papanicolao de mujeres ingresadas en el HEODRA S.P. Monografía, León.
12. **FYLAN F SCREENING FOR CERVICAL CANCER. (1998).** A review of women's attitudes, knowledge and behaviour. Br J. GenPract; 48:1509-14.
13. **GUÍA DE PRÁCTICAS ESENCIALES** (2007). Pág 270/pdf
14. **IDESTROM et al.** (2002). Knowledge and attitudes about Pap- smear screening program: a population-based study of women aged 20- 59 years. Acta ObstetGynecol Scand; 81:962-7.
15. **INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER (ESTADOS UNIDOS).** (diciembre de 1991). Colegio Americano de Gineco obstetricia. Conocimiento actitud y conducta de las mujeres frente al análisis del papanicolaou. The Female Patient.
16. **JONES** et al. Edición XII. Tratado de Ginecología de Novak. México, MacGraw-Hill.

17. **LAZCANO-PONCE, E.**, (2001). Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. (2003);37(1):100-6. Valenzuela M, Miranda A, ¿Por qué NO me hago el Papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev. Chil. Salud Pública; 5(2):75-80.
18. **LAZCANO-PONCE** et al. (2003). Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. Salud Pública México: 45:S449- S462.
19. **LÓPEZ-CARRILLO** et al. (2001). Identification of malignant breast lesions in Mexico. Salud Publica. México: 43:199-202.
20. **MORENO** et al. (March 30, 2002). "Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study". En: Lancet 359 (9312):1085–1092. 1.
21. **MORTALIDAD EN MÉXICO**, (2004). INDICADORES. Salud Pública. México: 46:169-185.
22. **NICARAGUA, MINISTERIO DE SALUD**. 1ª Edición, (1996). Manual de salud sexual y reproductiva.
23. **PÁEZ y REYES**. (octubre 1990). "Evaluación del conocimiento sobre el Papanicolaou como método de pesquisa del cáncer de cuello uterino. Boletín del hospital San Juan de Dios.

24. **PIURA, J.**, (2006). Metodología de la investigación II edición.
25. **PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS APROPIADOS PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO**,. 3ª edición, (2002). Path-OPS. p7-8.
26. **PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ**. (7 feb/2006). www.presidencia.gob.pa/notitica. Ph p?cod=7903-39k.
27. **PROGRAMA DE ACCIÓN**. (2002). Cáncer cervicouterino. Secretaría de Salud. México.
28. **SALUD Y DESASTRES**. Perfil de salud en Panamá. Publicación de Internet. Neoplasias Malignas.
29. **SCHIFFMAN** et al. (2002). Cervical Cancer, Cancer. Epidemiology and prevention. New York: **PROGRAMA DE ACCIÓN**. Cáncer Cervicouterino Secretaría de Salud. México.
30. **TAPIA** et al., (2003). "Cancer cervicouterino". En Roberto Tapia Conyer, editor. El Manual de Salud Pública. México: Intersistemas: pp735-754 .
31. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. (2002). Cervical cáncer, oral contraceptives and parity-Geneva, WHO (Weekly Epidemiological Record, No.20).

PUBLICACIONES EN INTERNET

1. **ARILLO-SANTILLÁN** et al. (noviembre 17, 2008). El Conocimiento de Profesionales de la Salud sobre la Prevención del Cáncer Cervical. Alternativas de Educación Médica. Salud Pública México (periódico na Internet). 2000 Fev; 42(1): 34-42. Disponible em: [http://www.scielosp.org/scielo.php? Script= sci](http://www.scielosp.org/scielo.php?Script=sci).
2. **DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DE LA PINTADA.**
3. **GIGANCHI** et al., (2003). Knowledge and practice about cervical cáncer and Pap smear testing among ptients a Kenyatta National Hospital, Nairobi. Kenya. Int J Gynecol Cancer;13:827-33.
4. **INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.**
Control integral del CA-CECU
5. **KASAMATSU E, PAEZ M.**,(dic. 2006). Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. Mem. Inst Investing Cienc Salud (online), vol. 4, No.2 (citado 18 noviembre 2008), p.5863. Disponivle en la World Wide Web: <http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci>.
6. **KLUG S** et al. (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. European Journal of Public Health; 15(1):70-7.

7. **LAZCANO-PONCE** et al. (1999). Factores que determinan la participación en el Tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pública de México*; 41(4): 278-85).
8. **MUÑOZ N. y BOSCH F.**, (1996) Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. *Bol Oficina Sanit Panam*; 121 (6): 550-63.
9. **NOVAQ. LOS BENEFICIOS DEL PAPANICOLAU.** (acceso 2008, nov. 17). NOVAQ. Disponible en: <http://www.solonosotras.com/archivo/03sal-art 190800.htm>
10. **REYES** et al. (2000). Procesos psicosociales en la educación en salud y en la prevención del cáncer. *Rev Cubana Med Gen Integral*; 16(2):186-93. En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi14200.htm.
11. **SALUD Y DESASTRES.** Perfil de salud en Panamá. Neoplasias malignas.
12. **WWW.INFORME.GOB.MX/INFORME/PDF/IGUALDAD DE OPORTUNIDADES S/M 356-361** pdf.
13. **WWW. LA COLPOSCOPIA,** para prevenir el cáncer cervicouterino/2004.
14. **WWW WINNER NET.ORG/ESP/PORTAL**

ANEXOS

FE DE ERRATAS

La numeración de las páginas en el INDICE del Capítulo I, II, III y IV fueron corridas, al igual que el orden de las Tablas y Figuras.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

Este cuestionario pretende indagar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años, residentes en la ciudad de La Pintada. El carácter de la misma es anónimo. Todas las preguntas son validas, por lo que te pedimos contestes cada una de ellas. De antemano gracias por tu ayuda.

Marque un gancho en la respuesta escogida y llene los espacios.

1. EDAD: _____

2. Grado de estudios o escolaridad:

a. Primaria Completa Incompleta

b. Secundaria Completa Incompleta

c. Técnica

d. Universidad Completa Incompleta

e. Ninguno

3. Estado civil:

- a. Soltera
- b. Separada/Divorciada
- c. Unida
- d. Casada
- e. Viuda

4. Lugar en donde reside: especifique:

Barrio: _____

5. Ocupación:

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. Profesional
- d. trabajadora domestica
- e. Otros

6. Religión :

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. protestante
- d. Otra

7. Número de embarazos:

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cuatro y más

8. Número de partos:

- a. Uno
- b. Dos
- c. tres
- d. Cuatro y más

9. Número de abortos.

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres
- d. Cuatro o más

10. A qué edad inicio sus relaciones sexuales: _____

11. Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales

- a. Una vez a la semana
- b. Dos veces a la semana
- c. Tres o más veces a la semana

12. Número de compañeros sexuales:

- a. Uno
- b. Dos
- c. Tres o más

13. ¿Qué método de planificación familiar utiliza?

- a. DIU/ T de cobre
- b. Pastillas anticonceptivas
- c. Inyecciones
- d. Condones
- e. Abstinencia
- f. Otro, Especifique _____

14. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad de transmisión sexual?

- a. Si ¿Cuál? _____
- b. No

15. ¿Recibió tratamiento para dicha enfermedad?

- a. Si
- b. No

16 ¿Dónde se toma la muestra de Papanicolaou?

- a. Cuello del útero (cérvix)
- b. Vagina
- c. Uretra
- d. Clitóris

17. ¿Para qué cree que sirve el Papanicolaou?

- a. Para detectar Cáncer en General
- b. Para detectar Cáncer del cuello uterino o de la Matriz
- c. No detecta el cáncer.
- d. No sabe

18. ¿Con qué frecuencia debería realizarse el Papanicolaou ?

- a. 1 vez al año.
- b. 1 vez cada 2 o 3 años
- c. 3 veces al año.
- d. No sé.
- e. Otra _____

19 ¿Qué diagnóstica el Papanicolaou si se realiza periódicamente?

- a. Virus del papiloma (IVPH)
- b. Lesiones pre malignas
- c. Propio cáncer cervicouterino
- d. Todas
- e. Ninguna

20. ¿Qué permite la técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou?

- a. El examen microscópico directo de las características de las células del epitelio del cérvix y del canal endocervical.
- b. El examen microscópico del cáncer en el pecho
- c. El examen microscópico del cáncer general
- d. El examen microscópico del SIDA
- e. No sabe

21. ¿Cuál es la finalidad que se puede alcanzar con la toma del Papanicolaou?

- a. Normatizar la toma de Papanicolaou
- b. Normatizar las captaciones de mujeres en el programa de planificación familiar

- c. Promover la toma de Papanicolaou
- d. Mantener la educación en salud mediante charlas a las mujeres
- e. Estimular al personal médico y de enfermería para interesarse en elevar coberturas del Papanicolaou en sus áreas de trabajo
- f. Todas.

22. ¿Quiénes imparten la educación sanitaria sobre Papanicolaou?

a. Médicos

- b. Enfermeras
- c. Educador de la salud
- d. Ayudantes de enfermería
- e. Técnicos clínicos/consejeros
- f. Todos

23. ¿En qué casos se puede dejar para después la Prueba de Papanicolaou?

- a. Si la mujer esta menstruando abundantemente
- b. Al tener relaciones sexuales con su pareja el día anterior
- c. Signos clínicos evidentes de inflamación
- d. Todas
- e. Ninguna

24. Mantengo una actitud positiva y demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

25. Me realizaría la prueba de Papanicolaou aun ante la negativa de mi esposo:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

26. La incomodidad no es un obstáculo para que me realice el examen de

Papanicolaou:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo

- e. Parcialmente en desacuerdo

27. Es muy importante realizarme de manera periódica la Prueba de

Papanicolaou:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

28. Constantemente deseo adquirir conocimientos nuevos sobre el examen

de Papanicolaou:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

29. Realizarme la prueba de Papanicolaou me causa desagrado:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo

- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

30. La falta de tiempo es una de las razones por la que no acudo a realizarme el examen de Papanicolaou:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

31.El realizarme la Prueba de Papanicolaou me ocasiona vergüenza y Ansiedad:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

32. No me realizo la Prueba de Papanicolaou porque se demoran mucho para entregarme los resultados:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo

- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

33. El temor a obtener resultados anormales me origina rechazo a la realización de la Prueba de Papanicolaou:

- a. De acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. En desacuerdo
- e. Parcialmente en desacuerdo

34. Me realizo la Prueba de Papanicolaou anualmente:

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

35. Acudo al control citológico por iniciativa propia.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

36. Indistintamente de quien me tome el Papanicolaou me realizo el examen anualmente.

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca