

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**CONOCIMIENTO, CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICO Y
PRÁCTICA SOBRE PAPANICOLAU DE MUJERES Y HOMBRES DE
YOLOSA EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2017**

POSTULANTE: Lic. Gladys Mamani Choquehuanca

TUTORA: M.Sc. Mirian Vargas Vilela

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA MATERNO PERI NATAL**

La Paz – Bolivia

2021

Agradezco a Dios por darme la vida y protegerme de todo mal y de todas las adversidades.

A Lic. M.Sc. Enayda F. Paz Oporto Coordinadora de Enfermería en la unidad de postgrado por darme curso a la culminación de mi trabajo.

A Lic. Mirian Vargas Vilela por su apoyo incondicional como tutora de este trabajo de investigación.

A la Unidad de Postgrado de la Facultad Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés por darme la oportunidad de superación.

A Dios por guiar cada pasó de mi vida.

A mis padres y hermanos e hijo Sergio Emanuel Choque Mamani por su condicional apoyo y ser fuente de estímulo, fuerza y superación en mi vida profesional.

INDICE GENERAL	PÁG.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
2.1. ANTECEDENTES	3
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. CONOCIMIENTO ACTITUD Y PRÁCTICA.....	8
3.1.1. CONOCIMIENTO.	10
3.1.2. ACTITUD.	11
3.1.3. PRÁCTICA.....	12
3.2. LA CONFERENCIA REGIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - RUMBO A CAIRO + 20	12
3.2.1. EJES PROGRAMÁTICOS Y OPERACIONALES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	13
3.2.2. INFORME EN EL ÁREA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN BOLIVIA A LA CEDAW DESDE LA SOCIEDAD CIVIL	16
3.3. DIVERSIDAD DE LAS NEOPLASIAS DE LA PORCIÓN INFERIOR DEL APARATO GENITAL FEMENINO	20
3.4. CONSIDERACIONES ANATÓMICAS	22
3.4.1. GENITALES EXTERNOS.....	22
3.4.2. VAGINA	22
3.4.3. CUELLO UTERINO.....	23
3.4.4. UNIÓN ESCAMO CILÍNDRICA	24
3.4.5. METAPLASIA ESCAMOSA	24
3.4.6. ZONA DE TRANSFORMACIÓN Y NEOPLASIA CERVICOUTERINA	25
3.5. PATOGENIA	25
3.6. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	28
3.6.1. ASPECTOS VIROLÓGICOS BÁSICOS DE HPV	28
3.6.2. CICLO DE VIDA DEL HPV	28
3.6.3. TIPOS DE HPV	29
3.6.4. TRANSMISIÓN DE HPV	29
3.6.5. FORMAS DE TRANSMISIÓN DE HPV	29
3.6.6. RESULTADOS DE LA INFECCIÓN POR HPV	31
3.6.7. INFECCIÓN NEOPLÁSICA POR HPV	32
3.6.8. PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POR HPV	33
3.6.8.1. INTERVENCIONES CONDUCTUALES	33
3.6.8.1.1. PRESERVATIVOS.	34
3.6.8.1.2. VACUNAS CONTRA HPV	34
3.7. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICOUTERINA.....	34

3.7.1.	INCIDENCIA.....	34
3.7.2.	EVOLUCIÓN NATURAL.....	35
3.7.3.	FACTORES DE RIESGO DE NEOPLASIA CERVICOUTERINA	35
3.7.3.1.	FACTORES DEMOGRÁFICOS DE RIESGO.....	36
3.7.3.2.	FACTORES CONDUCTUALES DE RIESGO.....	36
3.7.3.2.1.	TABAQUISMO.	36
3.7.3.2.2.	DEFICIENCIAS ALIMENTARIAS.	37
3.7.3.3.	FACTORES MÉDICOS DE RIESGO	37
3.7.3.3.1.	HORMONAS EXÓGENAS.	37
3.7.3.3.2.	PARIDAD.....	38
3.7.3.3.3.	INMUNOSUPRESIÓN.....	38
3.7.3.3.4.	TÉCNICAS INADECUADAS DE DETECCIÓN SISTEMÁTICA (CRIBADO).....	39
3.7.3.3.5.	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y VALORACIÓN DE LAS LESIONES CERVICOUTERINAS	39
3.8.	CITOLOGÍA CERVICOUTERINA	40
3.8.1.	DETECCIÓN DE CIN Y CÁNCER CERVICAL	40
3.8.2.	DETECCIÓN CON CITOLOGÍA CERVICAL.....	40
3.8.2.1.	A. INICIO DE LA DETECCIÓN.	41
3.8.2.2.	B. FRECUENCIA DE LA DETECCIÓN.....	41
3.8.2.3.	C. DISCONTINUACIÓN DE LA DETECCIÓN.....	41
3.8.2.4.	D. POBLACIONES ESPECIALES.....	42
3.9.	PRUEBAS DE HPV.	42
3.10.	DETECCIÓN VISUAL EN ENTORNOS DE BAJOS RECURSOS.....	43
3.11.	PRÁCTICA DE UNA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	43
3.11.1.	PREPARACIÓN DE LA PACIENTE.....	43
3.11.2.	SITIO PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....	44
3.11.3.	INSTRUMENTOS PARA MUESTREO.....	45
3.11.4.	OBTENCIÓN DE LAMINILLAS CORRIENTES.....	46
3.11.5.	INTERVALO ENTRE UNA Y OTRA PRUEBA.....	47
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
5.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	50
6.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	51
7.	HIPÓTESIS	55
8.	OBJETIVOS	58
8.1	OBJETIVO GENERAL.....	58
8.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	59
9.1. TIPO DE ESTUDIO	58
9.2. UNIVERSO	60
9.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	60
9.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	60
9.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	60
9.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	60
9.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO (DIANA).	61
9.6. MUESTRA	61
9.7. Procedimientos de recolección.....	61
9.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	62
9.8.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 1	62
9.8.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 2	63
9.8.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 3	64
9.8.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 4	66
9.9. RECOLECCIÓN DE DATOS, FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	68
9.10. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	68
9.11. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	69
10. RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	71
10.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	71
10.2. GRADO DE CONOCIMIENTO Y FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE EL PAP Y CÁNCER CERVICO UTERINO.	80
10.3. ACCIONES PARA LA DEMANDA DE REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU.	86
10.4. RELACIÓN ENTRE LAS DECISIONES PARA LA DEMANDA DE PAPANICOLAU CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.	88
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
11.1. CONCLUSIONES.....	91
11.2. RECOMENDACIONES	92
12. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	93
13. ANEXOS.....	96

ÍNDICE DE TABLAS

PÁG.

TABLA 1. MUJERES Y HOMBRES RESPONSABLES DE NÚCLEO FAMILIAR SEGÚN EDAD, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	71
TABLA 2. MUJERES Y HOMBRES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017..	72
TABLA 3. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	73
TABLA 4. MUJERES SEGÚN OCUPACIÓN Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	74
TABLA 5. HOMBRES SEGÚN OCUPACIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	75
TABLA 6. MUJERES SEGÚN ESTADO CIVIL, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	76
TABLA 7. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN EDAD A LA QUE FORMO SU FAMILIA, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	77
TABLA 8. MUJERES RESPONSABLES DE NÚCLEO FAMILIAR SEGÚN AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	78
TABLA 9. MUJERES SEGÚN NÚMERO DE HIJOS (AS), YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	79
TABLA 10. MUJERES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	80
TABLA 11. HOMBRES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA 3ER CUARTO TRIMESTRE 2017.....	81
TABLA 12. HOMBRES Y MUJERES RESPONSABLES DE NÚCLEO FAMILIAR SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	82
TABLA 13. MUJERES Y CÓNYUGES, SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	84
TABLA 14. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	85
TABLA 15. MUJERES, SEGÚN ACCIONES PARA LA DEMANDA DE SERVICIOS EN PAP, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	86

TABLA 16. HOMBRES SEGÚN ACCIONES PARA LA DEMANDA DE SERVICIOS EN PAP, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	87
TABLA 17. DECISIÓN DEL ESPOSO PARA LA REALIZACIÓN DEL PAP Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	88
TABLA 18. IMPORTANCIA DE LA SALUD DE LA MUJER PARA EL ESPOSO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PÁG.

GRÁFICO 1. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN EDAD, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	71
GRÁFICO 2. MUJERES Y CONYUGUES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	72
GRÁFICO 3. MUJERES SEGÚN OCUPACIÓN Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	74
GRÁFICO 4. HOMBRES SEGÚN OCUPACIÓN, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	75
GRÁFICO 5. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN ESTADO CIVIL, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	76
GRÁFICO 6. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN EDAD A LA QUE FORMO SU FAMILIA, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	77
GRÁFICO 7. MUJERES SEGÚN AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	78
GRÁFICO 8. MUJERES SEGÚN NÚMERO DE HIJOS (AS), YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	79
GRÁFICO 9. MUJERES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	80
GRÁFICO 10. HOMBRES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017.....	82
GRÁFICO 11. MUJERES Y CÓNYUGES SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE PAP Y CÁNCER CÉRVICO UTERINO, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	83
GRÁFICO 12. MUJERES, SEGÚN ACCIONES PARA LA DEMANDA DE SERVICIOS EN PAP, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	86
GRÁFICO 13. HOMBRES SEGÚN ACCIONES PARA LA DEMANDA DE SERVICIOS EN PAP, YOLOSA CUARTO TRIMESTRE 2017	87

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.96

1. Encuesta y códigos para su tabulación

Anexo 2.....100

1. Base de datos

RESUMEN

El Papanicolaou (PAP) estudio de microscopia de las células exfoliadas del aparato genital femenino, que permite detectar las lesiones pre- malignas y malignas incipientes antes de la ocurrencia de los síntomas y en etapas cien por ciento curables con medidas terapéuticas oportunas, también es importante llegar con la información oportuna a la población tanto varón y mujer.

Se realizó el siguiente estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, prospectivo y transeccional donde se aplicó una encuesta de conocimiento y practica sobre Papanicolau en la población de Yolosa.

Objetivo: Medir el conocimiento, características socio demográfico y práctica sobre Papanicolau de mujeres y hombres de Yolosa en el cuarto trimestre del año 2017

Resultados: El promedio de edad en las mujeres es de 34,8 años y de hombres de 37,9 años. Las mujeres en el 65 %y el 28 % de los hombres tienen un nivel de estudios de primaria o ningún estudio, ($p<0,05$); La ocupación de las mujeres es Agricultora 50 %, Comerciante 25 %, Ama de casa 21 %; y de los hombres Agricultor 55 %, Chofer 28 % y profesional con trabajo el 11 %. El 62 % se encuentra en unión libre el 33 % son casadas.

El 75 % de la población son casados o se encuentran en unión durante la adolescencia. También el 75 % son cónyuges que conviven más de 10 años. El 38 % de las mujeres tienen más de 3 hijos.

El conocimiento de las mujeres sobre cómo se realiza el Papanicolau, es del 69 % y sobre la frecuencia del PAP del 52 %, solo el 10 % conoce como se previene el cáncer y solo un 8 % conoce que es la infección por el VPH.

La fuente de información para las mujeres es el 17 % en el centro de salud de Yolosa y el 49 % en el hospital de Coroico, para los hombres es el 44 % en el centro de salud y el 5 % en el hospital de Coroico ($p<0,05$).

Estado civil en las casadas en un 71 %, en las que están en unión libre un 38 % ($p < 0,05$) en las que viven menos de 3 años con su esposo un 18 % y en las que viven más de 3 años con su esposo un 56 % ($p < 0,05$); Para el esposo es importante la salud de la mujer en un 65 % en mujeres amas de casa y agricultoras y en un 93 % en mujeres comerciantes y profesionales.

Palabras clave: Papanicolau, conocimiento, práctica, factores socio demográficos.

SUMMARY

The Papanicolaou (PAP) microscopy study of the exfoliated cells of the female genital tract, which allows detecting pre-malignant and incipient malignant lesions before the occurrence of symptoms and in stages one hundred percent curable with timely therapeutic measures, is also important arrive with the opportune information to the population, both men and women. The following study was carried out with a quantitative, descriptive correlational, prospective and transectional approach where a survey of knowledge and practice about Pap smears was applied in the population of Yolosa.

Objective: To measure the knowledge, socio-demographic and practical characteristics about Pap smears of women and men from Yolosa in the fourth quarter of 2017

Results: The average age for women is 34.8 years and for men, 37.9 years. 65% of women and 28% of men have a primary education level or no study, ($p < 0.05$); The occupation of women is Farmer 50%, Trader 25%, Housewife 21%; and of the men Farmer 55%, Driver 28% and professional with work 11%. 62% are in common law, 33% are married.

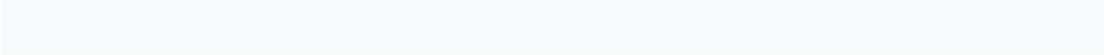
75% of the population are married or are in union during adolescence. Also 75% are spouses who live more than 10 years. 38% of women have more than 3 children.

The knowledge of women about how the Pap smear is performed is 69% and the frequency of PAP is 52%, only 10% know how to prevent cancer and only 8% know what HPV infection is.

The source of information for women is 17% in the Yolosa health center and 49% in the Coroico hospital, for men it is 44% in the health center and 5% in the Coroico hospital ($p < 0.05$)

Marital status in married women in 71%, in those in common-law union 38% ($p < 0.05$) in those who live less than 3 years with their husband 18% and in those who live more than 3 years with her husband 56% ($p < 0.05$); For the husband, the health of the woman is important in 65% of housewives and farmers and 93% of business and professional women.

Keywords: Pap smear practical knowledge socio-demographic factors.



1. Introducción

Existen dos pruebas que pueden ayudar a prevenir o detectar el cáncer de cuello uterino en sus etapas iniciales: La prueba de Papanicolaou (o citología vaginal) identifica los pre cánceres, cambios en las células del cuello uterino que pueden convertirse en cáncer si no se tratan en forma adecuada y la prueba del VPH identifica el virus que puede causar este tipo de cambios celulares.(1)

El cribado consiste en someter a pruebas diagnósticas a todas las mujeres que corren el riesgo de padecer cáncer cervicouterino, la mayoría de las cuales no presentará ningún síntoma. La finalidad es detectar cambios precancerosos en el cuello del útero que pueden provocar cáncer si no se dispensa el debido tratamiento. El cribado solo es eficaz si existe un sistema bien organizado de seguimiento y tratamiento, las mujeres a las que se detectan anomalías necesitan seguimiento, diagnóstico y, quizá, tratamiento, para evitar que el cáncer se desarrolle o para tratarlo en una fase inicial, para detectar el cáncer del cuello del útero pueden utilizarse varias pruebas diagnósticas. La prueba de Papanicolaou (citología) es la única que se ha utilizado en grandes grupos de población y se ha demostrado que reduce la incidencia de cáncer cervicouterino y la mortalidad conexas.

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

Independientemente de la prueba utilizada, la clave de un programa eficaz es llegar a la mayor proporción de mujeres en situación de riesgo con programas de cribado y tratamiento de calidad. Los programas de cribado organizados concebidos y gestionados a nivel central para llegar al mayor número posible de mujeres en situación de riesgo son preferibles a la detección oportunista. (2)

la importancia de la atención y control de las mujeres sobre el cáncer cérvicouterino y su creciente importancia a nivel regional y nacional y del departamento de La Paz durante los últimos años, y la necesidad de evaluar sus implicaciones en la salud de la población afectada, se considera este tema de interés en la línea de investigación sobre Salud materno peri natal ya que la población afectada es principalmente la población femenina en edad.

El propósito del estudio es medir el conocimiento, características socio demográfico y prácticas sobre el Papanicolau en mujeres y hombres de Yolosa en el cuarto trimestre del año 2017, además de identificar la relación entre el conocimiento de los hombres con la frecuencia de realización de PAP por las mujeres.

2. Antecedentes y justificación

2.1. Antecedentes

Con un estimado de 528.000 nuevos casos anuales en el mundo, el cáncer cervicouterino es el tercero más común y la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres; Cada año, alrededor de 266.000 mujeres mueren de cáncer cervicouterino, más del 85% de ellas ocurren en países de bajos y medianos ingresos; En las Américas, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas en 2012 y casi 36.000 murieron, la mayoría (80%) en Latinoamérica y el Caribe; Si bien es altamente prevenible, las tasas de mortalidad son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica.

El tamizaje seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas constituye una estrategia costo-efectiva de prevención; En la mayoría de los casos, sobre todo en las mujeres más jóvenes, las infecciones por VPH de alto riesgo oncogénico son transitorias y remiten sin ningún tipo de intervención; Una pequeña proporción de las infecciones de ciertos tipos de VPH pueden persistir y progresar hacia un cáncer, el tratamiento temprano previene más del 80% de los cánceres cervicales en los países en desarrollo. (3)

En Bolivia, el cáncer más frecuente en la mujer es el cáncer de cuello uterino. La tasa de incidencia es de 36,4 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 16,7 por 100.000 mujeres de 25 a 64 años de edad, o sea, mueren 638 mujeres por año (2008). Esto quiere decir que aproximadamente fallecen por este cáncer casi dos mujeres por día.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) sobre muestras citológicas de las ciudades de La Paz y El Alto (años 2004 y 2005) indicó que la población con mayor riesgo tiene entre 25 y 40 años; esta investigación mostro que la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y 38 años para los carcinomas in situ; el estudio concluye que la incidencia del cáncer de

cuello uterino es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad.

A pesar de que las actividades de detección oportuna del CACU se iniciaron en el ámbito institucional a partir de 1982, de la existencia de disposiciones legales favorables vigentes (Ley de ampliación del SUMI) y si bien el número de muestras de PAP procesadas se ha incrementado de 190.539 en el año 2003 a 344.893 en el año 2010, la cobertura de PAP 13.6% (2010) no es suficiente, considerando que de acuerdo a estándar internacional es necesario que la cobertura alcance al 80% de la población en edad de riesgo para lograr resultados significativos. Sólo una tercera parte, 33 por ciento de las mujeres en edad fértil se hizo la prueba de Papanicolaou en los tres años anteriores a la encuesta, observándose un ligero incremento en relación a la ENDSA 2003 (28%). Las mujeres con bajo nivel educativo, las que se encuentran en quintiles bajos de riqueza, las más jóvenes, las mujeres solteras y las que residen en el área rural son las que en menor proporción se realizan la prueba.

A nivel de departamento también se observan amplias diferencias: las menores proporciones de mujeres con prueba PAP se encuentran en los departamentos de Potosí (21 por ciento), Oruro (28 por ciento) y Beni (29 por ciento); mientras las más altas se tienen en los departamentos de Chuquisaca (40 por ciento) y Santa Cruz (39 por ciento). Entre las mujeres que se han hecho la prueba PAP en los tres años previos a la encuesta, un 51 por ciento se la hizo sólo una vez, el 25 por ciento dos veces y un 23 por ciento al menos tres veces. El 2 por ciento de las mujeres que se hicieron el PAP tuvo resultado positivo en su última prueba. Los niveles de pruebas con resultado positivo son relativamente homogéneos en cada una de las características seleccionadas. Resalta, sin embargo, que en los departamentos de Beni y Santa Cruz la proporción de mujeres con resultado positivo llega a 4 y 3 por ciento, respectivamente. Un 11 por ciento de las

mujeres que se hicieron el PAP reportó no haber recogido el resultado de la prueba. (4)

En Bolivia están vigentes disposiciones legales que favorecen el acceso de las mujeres a los servicios para la detección del cáncer de cuello uterino entre las que se pueden citar: Ley N° 3250, del 6 de diciembre de 2005: Ampliación del seguro Universal materno Infantil (SUMI) y su reglamentación que determinan la obligatoriedad en los servicios de salud, para que a todas las mujeres hasta los 60 años se les realice el examen de Papanicolaou, y si detectan lesiones precancerosas se les practique otros exámenes y tratamientos, incluyendo la cirugía en forma gratuita. La resolución Ministerial N° 268 del 11 de abril de 2011 del Ministerio de Trabajo, que señala la obligatoriedad de las empresas e instituciones públicas y privadas para otorgar un día hábil al año a todas las mujeres dependientes con funciones permanentes o temporales para someterse a un examen médico de Papanicolaou o mamografía

Estas disposiciones legales son poco conocidas por la población en general, y más aún por las personas que viven en el área rural.

Ante esta situación el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia ha planteado un Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento del Cáncer de Cuello Uterino 2012 – 2020, que tiene como objetivo general:

Reducir la morbi-mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en el ámbito nacional mediante la implementación de intervenciones estratégicas de promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en el marco de la SAFCI y bajo la rectoría del MSD.(4)

2.2. Justificación

Aporte teórico. La investigación incorpora un tema que no se abordó en los últimos años en el área de investigación en el ámbito de salud materna

particularmente en la región de los Yungas, tanto en el caso del conocimiento las actitudes y prácticas de la población en edad reproductiva respecto al Papanicolau y principalmente la influencia que puede tener la población masculina por lo que se constituye en un documento que complementa el conocimiento en este campo.

Relevancia social. Estos nuevos conocimientos permitirán diseñar estrategias de educación más efectivas para incrementar el nivel de demanda para Papanicolau y también la calidad en la atención a la población que demanda servicios ya que se propondrá la implementación de acciones de prevención y atención más efectivas lo cual incide directamente en el costo económico para el sistema de salud y para la población afectada en particular.

Aporte metodológico. En el proceso de elaboración de la tesis se utilizará una base de datos en Excel que es exportable a paquetes estadísticos como SPSS que permite el análisis descriptivo y si es necesario el análisis cruzado de variables por lo que puede constituirse en un instrumento para el análisis posterior de los datos en cuanto al problema abordado para monitoreo en la institución o para continuar con la línea de investigación en el tema.

Finalmente es importante mencionar que de no realizarse el estudio no se podría contar con datos actualizados sobre el problema abordado lo cual incidiría negativamente en la población y particularmente en la población que demanda este tipo de servicios.

Viabilidad.

Recursos. Es una investigación que se realizará en el ámbito local en base a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos diseñados para la aplicación en este contexto y para dar respuesta a los objetivos propuestos, el único gasto que se realizará en cuanto a material se circunscribe a fotocopias de los instrumentos de recolección.

Accesibilidad. Se solicitó la aprobación de la dirección de salud y de la comunidad para tener accesibilidad a los datos

Tiempo necesario. Para la aplicación de los instrumentos de recolección y por el tamaño de la comunidad, se requirieron aproximadamente un mes de aplicación continua de la encuesta.

3. Marco teórico

3.1. Conocimiento actitud y práctica

Para abordar los conceptos de conocimiento actitud y practica en salud es necesario ubicarse en un enfoque de la Educación para la Salud, de acuerdo a estos modelos, los hábitos saludables y los estilos de vida no son consecuencia de conductas independientes, sino que se encuentran dentro de un contexto o entramado social determinado, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la Educación para la Salud (EpS) deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan. Es difícil que se produzca una modificación de la conducta si, al mismo tiempo, no se promueven los cambios adecuados en el resto de los factores. (14)

Siguiendo a Menéndez, de lo señalado se desprende lo siguiente: «Educación» e «información» no son términos equivalentes. Transmitir información no es lo mismo que educar. Educar no es informar ni persuadir. La educación es un proceso intencional, por el cual las personas adquieren mayor conciencia de su realidad y del entorno que las rodea al ampliar los conocimientos, los valores y las habilidades que les posibiliten el desarrollo de capacidades para adecuar sus comportamientos a dicha realidad. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el «experto», sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas. En definitiva, la Educación para la Salud (EpS) supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. Como indica Bauleo, en todo proceso de aprendizaje es preciso considerar tres elementos: la información que se pone en juego y se intercambia; la emoción que provoca dicha información en las personas, es decir, los

sentimientos que suscita (reconocimiento, aceptación, rechazo, indiferencia, conflicto, etc.), y la producción del nuevo conocimiento o de los cambios en el comportamiento resultantes del proceso. El aprendizaje es un proceso en el que influyen, inevitablemente, la historia personal, las experiencias vitales, los valores y las relaciones interpersonales, y la huella que dejan las figuras significativas en la vida de las personas, ya sean educadores o educandos.

La Educación para la Salud (EpS) supone un intento de modificación de conductas, ya que implica promover un comportamiento alternativo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, en su proceso de socialización, todos los sujetos y grupos humanos previamente han adquirido una educación en relación tanto con la salud y la enfermedad como con los factores que la protegen y que pueden suponer un riesgo. Esta educación se traduce en comportamientos incorporados y muy arraigados en la vida cotidiana, pues resultan útiles y prácticos para funcionar en el día a día. (16)

Todo acto de modificación del comportamiento tiene un componente técnico, derivado del conocimiento y de la evidencia existente que, como profesional, debo considerar; no obstante, también tiene un componente valorativo, derivado de las propias experiencias, asunciones, prenociones o valoraciones que tengo como sujeto. Supone, además, promover un comportamiento alternativo, pero ¿quién legitima que lo que pretendo imponer es algo mejor que lo que venía desarrollando el sujeto? Las personas, por definición, se muestran resistentes a cualquier cambio, porque han estructurado comportamientos funcionales respecto a la vida.

La Educación para la Salud (EpS) implica el encuentro y, a menudo, el choque entre agentes (profesionales de la salud), que plantean una propuesta de modificación de comportamientos, y una población, que no espera ser transformada y que, de entrada, tiene ya ciertas resistencias, no conscientes sino pasivas, estructuradas al cabo de años, que, de alguna forma, van a confrontar presupuestos técnicos y culturales. Desde una perspectiva integral, holística y multifactorial del proceso salud/enfermedad,

la Educación para la Salud (EpS) como campo disciplinar se ha ido construyendo y enriqueciendo a partir de los aportes de campos de conocimiento diversos y relacionados, como las ciencias de la educación, las psicosociales y las de la salud, a fin de poder comprender y explicar los factores que influyen, condicionan y modifican los comportamientos de las personas, los grupos y las comunidades respecto de la salud en diferentes medios sociales y culturales, así como sus relaciones interpersonales y la interacción con el medio.(12)

3.1.1. Conocimiento.

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también se dice que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos. (14)

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía, sino psíquica, cognoscible, intencional.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón. (13)

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retemos o memorizamos un conocimiento; elaborativa, cuando, con base en conocimiento adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento. (16)

3.1.2. Actitud.

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.

En el contexto de la pedagogía, la actitud es una disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clase de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo.

La formación de actitudes consideradas favorables para el equilibrio de la persona y el desarrollo de la sociedad es uno de los objetivos de la educación. En sociología, la actitud consiste en un sistema de valores y creencias, con cierta estabilidad en el tiempo, de un individuo o grupo que se predispone a sentir y reaccionar de una manera determinada ante algunos estímulos. A menudo, la actitud se asocia con un grupo o incluso con un género. Por ejemplo, un comportamiento particular puede ser clasificado como actitud femenina o actitud del hombre. (14)

La actitud es la manifestación o el ánimo con el que frecuentamos una determinada situación, puede ser a través de una actitud positiva o actitud negativa. La actitud positiva permite afrontar una situación enfocando al individuo únicamente en los beneficios de la situación en la cual atraviesa y, enfrentar la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. A su vez, la actitud negativa no permite al individuo sacar ningún provecho de la situación que se está viviendo lo cual lo lleva a sentimientos de frustración, resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados.(15)

La actitud crítica analiza lo verdadero de lo falso y encontrar los posibles errores, esta no permite aceptar ningún otro conocimiento que previamente no sea analizado para asegurarse que los conocimientos adquiridos sean puramente válidos. Algunos expertos de la filosofía, consideran la actitud crítica como una posición intermedia entre el dogmatismo y el escepticismo, como defensa de que la verdad existe, sometiendo a examen o crítica a todas las ideas que pretenden ser consideradas verdaderas. (13)

3.1.3. Práctica

El ejercicio y aplicación de los principios y deberes que atañen a una profesión o que corresponden a una vocación.

También puede decirse que práctica es el ejercicio de una capacidad, habilidad, conocimiento, en este caso, del personal de enfermería en el cuidado al paciente con catéter central (5)

3.2. La conferencia regional sobre población y desarrollo de América Latina y el Caribe - rumbo a Cairo + 20

Del 12 al 15 de agosto de 2013 se llevó a cabo en Montevideo la I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Esta primera Conferencia Regional es el resultado del Comité Especial sobre Población y Desarrollo, reunido el año anterior en Quito, que transfirió sus funciones a una instancia superior. El tema central es el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) después de 2014.

Al inicio del 2013, el debate global acerca de las prioridades sobre población y desarrollo para el siglo 21 entra en una etapa crítica en América Latina y el Caribe. Dos décadas después de la adopción del Programa de Acción del Cairo en la Conferencia sobre Población y Desarrollo (CIPD), se necesita una

agenda actualizada para abordar los retos en materia de población y de desarrollo sostenible en un mundo en cambio.

Desde Cairo, existen evidencias en los progresos realizados en la región de América Latina y el Caribe. Los derechos sexuales y reproductivos se han visto reconocidos en las Constituciones de países como Bolivia, Ecuador y Venezuela. Para la toma de conciencia de las relaciones entre salud sexual y reproductiva, derechos y desarrollo, el programa de Acción del CIPD ha apoyado marcos políticos y programas que focalizan en derechos reproductivos y necesidades de salud sexual para mujeres y jóvenes de la región. Pero incluso con este contexto político, la agenda de la CIPD en la región todavía está inconclusa debido a que persisten importantes inequidades y a que nuevos retos están emergiendo.

La mortalidad materna continúa siendo un reto social en materia de salud en América Latina. A pesar de que las tasas se han reducido un 41% en la pasada década, los porcentajes son desproporcionadamente altos dentro de la población indígena y afro descendiente así como entre los más pobres entre los pobres. Los derechos sexuales y reproductivos permanecen conculcados para muchos. La falta de cobertura para la planificación familiar es alta entre los y las adolescentes y jóvenes, indígenas y otros sectores de población excluida. La región tiene la segunda tasa más alta de fertilidad entre adolescentes y de inseguridad en la interrupción del embarazo en el mundo. Las tasas de VIH/SIDA son alarmantes entre los jóvenes del Caribe.

(6)

3.2.1. Ejes programáticos y operacionales de los programas de salud sexual y reproductiva.

A pesar de las grandes diferencias existentes en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a

implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

En este sentido, se aprecia la necesidad de crear espacios de discusión sobre este tema, siendo esto una cuestión clave para el diseño de políticas de juventud.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

En relación a las propuestas, pueden consignarse las siguientes:

- Hacer un estudio de las disposiciones legales vigentes referidas al tema en los diferentes países, tanto a nivel de jóvenes en general como de áreas específicas,
- Lograr la institucionalización de las políticas sociales y de desarrollo en lo que concierne a los jóvenes. Para ello, es preciso fortalecer los programas gubernamentales con apoyo político, técnico, económico desde diferentes sectores sociales.
- Enfatizar el concepto de salud integral, coordinar acciones en las diferentes especialidades y propiciar un esfuerzo multiagencial para causar impactos significativos. La participación de los jóvenes debe cruzar todos los niveles, incluso en el diseño de políticas, y no ser meramente consultiva.

- Favorecer las políticas que se orienten a la incorporación de la educación sexual tanto a nivel formal como no formal. En esta línea, fomentar la coeducación (educación mixta) como elemento favorecedor de una mejor identificación de roles desde una perspectiva y enfoque de género. Sistematizar las prácticas de diseño, implementación y evaluación de modelos de educación sexual existentes y analizar su adecuación en otros contextos, favoreciendo los sistemas de intercambio y apoyo entre diferentes países.
- En el diseño de políticas ha de tenerse en cuenta que los factores de riesgo y de protección varían en función de los ámbitos en donde actúan. Favorecer la formación de recursos humanos en esta área de trabajo con un enfoque multidisciplinario.
- Debido a la desigualdad social existente, con anterioridad a la puesta en marcha de programas de capacitación debe realizarse una labor previa de identificación precisa de recursos humanos a capacitar, diseñando un perfil básico de las personas que trabajarán en esta área.
- Optimizar el papel de los medios de comunicación, creando instancias o redes de apoyo a los mismos.
- Diseñar propuestas específicas para los sectores sociales más desatendidos, tales como jóvenes rurales, desertores del sistema educativo, miembros de hogares con necesidades básicas insatisfechas, jóvenes en situaciones de riesgo, etc...
- Revisar materiales docentes, currícula y propuestas en vigor, para determinar apoyos concretos en las diferentes líneas educativas. Incentivar el trabajo en base a investigaciones diagnósticas y no en función de supuestos.
- Debido a que la sexualidad se vive de modo distinto en mujeres y hombres, asumir la perspectiva de género en el diseño de políticas y programas resulta fundamental.

- A causa de determinados prejuicios existentes sobre el tema de la sexualidad de los jóvenes en las sociedades iberoamericanas, resulta conveniente, desde el punto de vista político institucional, encarar dichos procesos sistemáticamente, buscando el máximo respaldo en todos los actores sociales.
- Utilizar el proyecto ADOLEC (Red de información sobre adolescencia en América Latina, organizada por el Centro Latinoamericano y del Caribe en Información Biomédica -BIREME-, San Pablo, Brasil) como punto de convergencia y divulgación de la recolección, selección, clasificación y divulgación de material bibliográfico y de profesionales relacionados con la salud de los jóvenes, evitando con ello la duplicación de esfuerzos e incrementando la utilidad de experiencias y publicaciones sobre la temática (7)

3.2.2. Informe en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos en Bolivia a la CEDAW desde la sociedad civil.

La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés de Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) es un instrumento jurídico internacional, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979. Bolivia ratificó la CEDAW el 15 de septiembre de 1999. La CEDAW sienta las bases para la obtención de la igualdad real de derechos para las mujeres asegurando el acceso igualitario y la igualdad de oportunidades, debiendo los estados adoptar todas las medidas apropiadas para lograr este fin.

El Comité de la CEDAW tiene un sistema de presentación de informes periódicos por parte de los Estados como mecanismo para la supervisión del cumplimiento de la Convención. Este sistema además permite los "informes alternativos", como otra fuente de información sobre los avances y los problemas en la implementación de la CEDAW. La Coalición de

Organizaciones de Derechos Humanos de las Mujeres en la Sociedad Civil de Bolivia ha preparado un informe para la CEDAW sobre la situación de la mujer en Bolivia ante las recomendaciones que la CEDAW le hizo a Bolivia en 2008.

En el área de la salud y derechos sexuales y reproductivos la CEDAW presento 2 recomendaciones a Bolivia:

Primera Recomendación:

- Tomar las medidas necesarias para resolver la situación de impasse en que se encuentra la Ley N° 810 (Ley Marco de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos-2004).
- Fortalecer la ejecución de programas y políticas de planificación familiar y de salud reproductiva brindando un acceso efectivo a las mujeres y a las adolescentes, a la información sobre la atención y los servicios de salud, en particular en materia de salud reproductiva y métodos anticonceptivos asequibles.
- Intensificar los esfuerzos por incorporar la educación sexual en función a la edad en los planes de estudios y organizar campañas de información para impedir los embarazos en adolescentes.

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos, existen algunos avances formales respecto a programas y políticas de salud reproductiva. Pese a la existencia de planes y políticas sobre el tema, no se cuenta con suficientes recursos para garantizar su implementación efectiva. Hay leyes, normas, programas y protocolos que no se cumplen y, por ende, se vulneran los derechos humanos en general y específicamente los derechos sexuales y reproductivos. La existencia de una sociedad conservadora de orden patriarcal previene la voluntad política para cumplir la norma y las políticas públicas.

La falta de información para el acceso a métodos de anticoncepción y el difícil acceso a estos por bajos niveles de instrucción y de ingresos, así como factores de discriminación en razón de género, ocasiona que sean las

mujeres indígenas y las mujeres pobres las que tengan menor acceso. No existe una política pública que informe, sensibilice y de responsabilidades a los servidores/as de salud, justicia y educación.

La ausencia de una Ley sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, no permite avanzar en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y hasta ahora no existe una normativa que garantice el ejercicio de estos derechos. El Bono Juana Azurduy es insuficiente y no llega a las mujeres más necesitadas por carecer de documentación ciudadana y por trámites burocráticos.

Segunda Recomendación:

- Integrar una perspectiva de género en la política nacional de salud, y mejorar el acceso a los servicios de salud para los grupos más vulnerables de mujeres.
- Adoptar medidas eficaces para resolver el problema de la elevada tasa de mortalidad materna garantizando la atención médica adecuada durante el embarazo, parto y posparto y asegurando el acceso a las instalaciones de atención de salud y a la asistencia médica prestada por personal capacitado en todas las zonas del país.
- Proceder a la reglamentación de las disposiciones legales vigentes, relativas al derecho al aborto terapéutico de las mujeres bolivianas y que se permita que las mujeres accedan a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo para reducir las tasas de mortalidad materna.

No existe dato alguno que presente cuantas mujeres han quedado embarazadas como producto de una violación. Lo que sí se puede decir es que muchas de ellas y de las adolescentes embarazadas se ven en la necesidad de recurrir a abortos inseguros en condiciones poco higiénicas y por personal no idóneo y poner en riesgo su vida y su salud. Las disposiciones vigentes criminalizan a las mujeres por la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual afecta de manera directa los Derechos

Humanos de las mujeres y esta penalización no va a reducir los abortos, mucho menos acabarlos, solo restringen los derechos a la salud y a la vida de las mujeres empujándolas a recurrir a abortos inseguros arriesgando su vida y su salud.

El Tribunal Constitucional emitió la Sentencia 0206/2014, a través de la cual se eliminaron las barreras judiciales para acceder a un aborto legal y seguro, cuando el embarazo sea producto del delito de violación o cuando la vida o la salud de la mujer corren peligro. El único requisito para un aborto legal es de presentar la copia de la denuncia del delito de violación. Los problemas que se han visto en la implementación de esta Sentencia es que los médicos de los servicios de salud se niegan a aplicarla porque aseguran que las mujeres van a denunciar falsamente un delito de violación para así acceder a un aborto; y algunos Fiscales se han manifestado negativamente sobre el tema, y aseguran que van a desestimar la denuncia para que las mujeres no puedan acceder a un aborto. Ambas situaciones constatan una vulneración a los derechos de las mujeres, quienes no pueden acceder a un aborto legal y seguro cuando esta sentencia es de carácter vinculante y de cumplimiento obligatorio.

El Estado Boliviano debe de garantizar la información adecuada, oportuna y científica en los centros educativos sobre salud sexual y reproductiva como un mecanismo de prevención contra la violencia sexual, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Los prejuicios sexistas deben ser eliminados de la acción pública ya que estos son parte de los valores culturales que colocan a las mujeres en desventajas para acceder a servicios de salud y para tomar decisiones que involucran sus derechos sexuales y reproductivos. (8)

3.3. Diversidad de las neoplasias de la porción inferior del aparato genital femenino

El término *neoplasia intraepitelial* denota las lesiones del epitelio escamoso o pavimentoso de la porción inferior del aparato genital femenino, que según los expertos son precursoras del cáncer invasor. Las lesiones se diagnostican por medio de biopsia y valoración histológica. Las neoplasias intraepiteliales cervicouterina, vaginales, vulvares, perianales y anales (CIN, VaIN, VIN, PAIN y AIN, respectivamente) (*cervical, vaginal, vulvar, perianal and anal intraepithelial neoplasia*) presentan una gran diversidad que va desde cambios levemente displásicos en el citoplasma y núcleo hasta los de la displasia profunda. La lesión no invade más allá de la membrana basal, pues si lo hiciera, definiría al cáncer invasor.

La gravedad de la lesión intraepitelial se clasifica con arreglo a la proporción del epitelio afectado desde la membrana basal en sentido ascendente hacia la superficie. En el caso de CIN (neoplasia intraepitelial cervicouterina), se conocen como *displasia leve* o *CIN 1* a las células anormales confinadas al tercio inferior del epitelio escamoso; si se extienden al tercio medio se denomina como *displasia moderada* o *CIN 2*; al tercio superior, se le califica como *displasia grave* o *CIN 3*, y si la afectación abarca todos los tres tercios mencionados, se conoce a la lesión como *carcinoma in situ* (CIS, *carcinoma in situ*).

Las lesiones escamosas de los epitelios de la vagina, la vulva, la zona perianal y la anal se clasifican en forma similar con la salvedad de que no se acepta VIN 1. La evolución natural de las lesiones extracervicales no se conoce con tanto detalle como en el caso de las CIN. A diferencia de lo mencionado, el epitelio cilíndrico cervicouterino por ser una sola capa celular de espesor grueso no demuestra la diversidad análoga de entidades neoplásicas.

Por todo lo comentado las anormalidades histológicas se circunscriben al *adenocarcinoma in situ* (AIS, *adenocarcinoma in situ*) o al *adenocarcinoma*.

En 1989 fue presentada la nueva terminología sobre citología cervicouterina. Desde esa fecha se ha utilizado indistintamente el término *lesión intraepitelial escamosa* (SIL) con el de *neoplasia* intraepitelial y también se utiliza para la notificación de diagnósticos histopatológicos.

Los cambios histológicos de la infección por virus de papiloma humano (HPV, human papillomavirus) y CIN 1 son semejantes y prácticamente no es posible diferenciarlos con certeza, razón por la cual se les señala con una expresión más general como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad (LSIL). A diferencia de ello se pueden calificar a CIN 2 y a CIN 3/CIS como SIL de alta malignidad (HSIL).

La expresión LSIL no puede utilizarse como sinónimo de diagnóstico citológico o histológico porque se les observa con muy diversos tipos de virus de papiloma y por lo común es sinónimo de una evolución clínica benigna. HSIL tiene mayor certeza y carácter fidedigno en el diagnóstico, porque es producto de la intervención de algunos tipos más precisos de virus carcinógenos y existe mayor posibilidad de que sean precursoras del cáncer. Por esta razón, las intervenciones clínicas por lo común se orientan contra las lesiones de tipo HSIL. Sea cual sea la terminología usada, la expresión citología cervicouterina es el instrumento de “cribado” que orienta hacia la necesidad de más estudios y es importante no confundirla con el diagnóstico histológico.

Los resultados citológicos simplemente “orientan” hacia la siguiente fase en la valoración de la paciente. El término histológico que por lo común se obtiene de la biopsia, con material obtenido bajo orientación colposcópica se utiliza para diagnosticar la presencia e intensidad de neoplasias en la porción inferior del aparato genital femenino. Estos resultados histológicos son los que orientan en las fases adecuadas del tratamiento. (9)

3.4. Consideraciones anatómicas

3.3.1. Genitales externos

Las lesiones precancerosas de la porción inferior del aparato genital femenino suelen ser multifocales, afectar cualquiera de sus estructuras y su aspecto ser similar al de cuadros benignos. Por ejemplo, la *micropapilomatosis labial* es una variante benigna de la anatomía normal, que se caracteriza por pequeñísimas protuberancias epiteliales en la cara epitelial interna de los labios menores. Cada protuberancia papilar surge de su base propia e individual; dichas protuberancias pueden ser consideradas erróneamente como lesiones por HPV. A diferencia, las lesiones de este último tipo tienden a ser multifocales, asimétricas y tienen múltiples papilas que nacen de una sola base. La micropapilomatosis suele mostrar regresión espontánea y en ella no está indicado el tratamiento. (4)

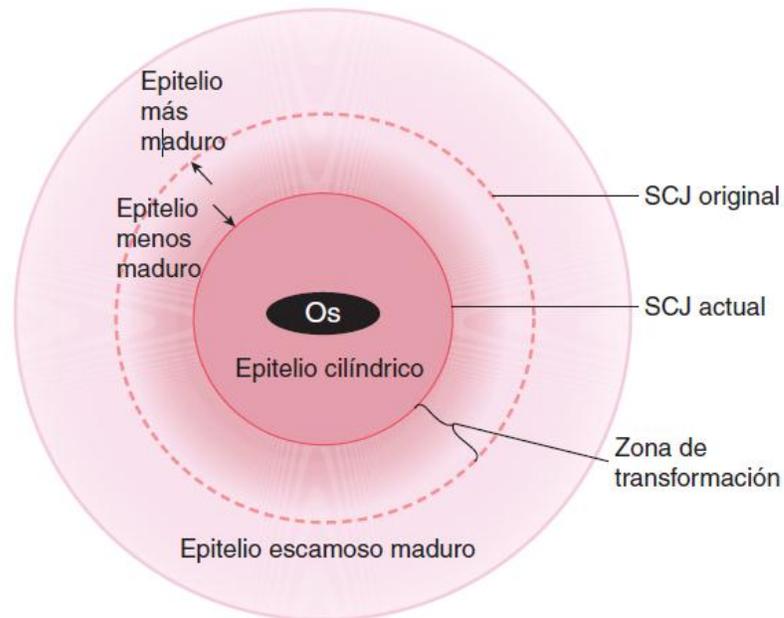
3.3.2. Vagina

La vagina está revestida del epitelio escamoso no queratinizado y no tiene glándulas. Sin embargo, a veces se identifican dentro de la mucosa escamosa o pavimentosa áreas de epitelio cilíndrico, situación llamada *adenosis*. Muy a menudo se le ha atribuido a una exposición *in útero* del producto al estrógeno exógeno particularmente dietilestilbestrol (DES, *diethylstilbestrol*). El aspecto de dichas zonas es el de “áreas” o placas rojas rodeadas de epitelio escamoso y pueden ser confundidas fácilmente con úlceras u otras lesiones. Además de la inspección está justificada la palpación minuciosa de la vagina porque es posible palpar antes de que sea visible el adenocarcinoma de células claras, también vinculado con el consumo de DES. (9)

3.3.3. Cuello uterino

ESQUEMA DE PUNTOS DE REFERENCIA DE CUELLO UTERINO

Interamericana editores, S. A. de C. V.; 2014



Fuente: Williams Ginecología, España: McGraw-Hill (Esquema en que se advierten los puntos de referencia importantes en el cuello uterino)

La unión escamocilíndrica original (SCJ) indica el sitio terminal de la migración ascendente del epitelio escamoso a partir del seno urogenital durante el desarrollo embrionario. El sitio de SCJ se desplaza con la edad de la mujer y el estado hormonal. Al haber mayores cantidades de estrógeno, hay eversión de la SCJ hacia afuera. En estados hipoestrogénicos y con la metaplasia escamosa, la SCJ se acerca al orificio cervical (Os). La zona de transformación consiste en la banda de metaplasia escamosa que está entre el punto original de la SCJ y el nuevo sitio (actual). Conforme madura el epitelio metaplásico se desplaza hacia arriba en relación con las áreas más nuevas y menos maduras de metaplasia y no se puede diferenciar del epitelio escamoso original. (9)

3.3.4. Unión escamo cilíndrica

En la embriogénesis, la migración ascendente del epitelio escamoso estratificado (pavimentoso) desde el seno urogenital y la lámina vaginal, según expertos sustituye al epitelio mülleriano. El fenómeno mencionado suele terminar cerca del orificio externo del cuello uterino y con ello forma la unión escamocilíndrica original (congénita) (SCJ, *squamocolumnar junction*). En este sitio el epitelio escamoso liso y de color rosa queda yuxtapuesto sobre el epitelio cilíndrico rojo “aterciopelado”. En un corto número de mujeres dicha migración puede ser incompleta y permite que la unión mencionada quede situada en la zona superior de la vagina; ello constituye una variante normal y también corresponde a la exposición del feto femenino a DES. El epitelio cilíndrico suele ser denominado “glandular”, y ello se debe a la presencia de invaginaciones profundas del epitelio mencionado que le dan un aspecto histológico similar al del tejido glandular. Sin embargo el término glandular no es correcto técnicamente porque las verdaderas glándulas que tienen ácinos y conductos no se detectan en el cuello uterino. El sitio en que está la SCJ varía con la edad y con el estado hormonal. Bajo la influencia del estrógeno muestra eversión hacia afuera, al interior del ectocérvix durante la adolescencia, embarazo y con el uso de anticonceptivos hormonales combinados. Regresa al conducto endocervical con la menopausia y otros estados hipoestrogénicos como la lactancia duradera y el empleo de anticonceptivos que tienen sólo progestágenos y también por un proceso natural constante de metaplasia escamosa. (9)

3.3.5. Metaplasia escamosa

En la pubertad, el incremento de las concentraciones de estrógeno hace que aumenten las reservas de glucógeno en el epitelio escamoso no queratinizado de la porción inferior del aparato genital femenino. El glucógeno constituye la fuente de carbohidratos para los lactobacilos y permite que predominen ellos en la flora vaginal. Dichas bacterias generan

ácido láctico, que permiten que el pH de la vagina se sitúe en un nivel menor de 4.5, nivel que constituye el estímulo supuesto de la *metaplasia escamosa* que es la sustitución constante del epitelio cilíndrico por epitelio escamoso del cuello uterino. Células de reserva relativamente indiferenciadas situadas debajo del epitelio cervicouterino constituyen las supuestas precursoras de las nuevas células metaplásicas que se diferencian todavía más en epitelio escamoso. Este proceso anormal genera una banda poco a poco más ancha de epitelio metaplásico denominada la *zona de transformación* (TZ, *transformation zone*), que está situada entre la SCJ original y el epitelio cilíndrico presente-

3.3.6. Zona de transformación y neoplasia cervicouterina

Prácticamente todas las neoplasias cervicales, escamosas y cilíndricas, se desarrollan dentro de la zona de transformación, por lo común junto a SCJ nueva o actual (Anderson, 1991). Las células de reserva cervicouterinas y las metaplásicas inmaduras al parecer son particularmente vulnerables a los efectos oncógenos de HPV y carcinógenos (Stanley, 2010). La metaplasia escamosa alcanza su mayor actividad durante la adolescencia y el embarazo y ello podría explicar que el comienzo temprano de la actividad sexual y el primer embarazo constituyen factores de riesgo probados de cáncer cervicouterino. (9)

3.5. Patogenia

Las cifras de prevalencia de CIN varían según las características socioeconómicas y el área geográfica de la población estudiada, desde 1.05% en algunas clínicas de planificación familiar hasta 13.7% en mujeres que asisten a clínicas de enfermedades de transmisión sexual (STD). La CIN se detecta más en mujeres mayores de 20 años y la frecuencia máxima de CIS ocurre en mujeres entre 25 a 35 años, en tanto que las cifras de cáncer cervical se elevan de manera más importante después de los 40 años.

Los factores de riesgo epidemiológico para CIN son similares a los de cáncer cervical, e incluyen múltiples parejas sexuales, inicio temprano de la actividad sexual, un compañero sexual de alto riesgo (con antecedentes de múltiples parejas sexuales, infección por virus de papiloma humano [HPV], neoplasia de las vías genitales bajas, o exposición sexual anterior a una persona con neoplasia cervical), antecedentes de infecciones de transmisión sexual (STI), tabaquismo, infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), otras formas de inmunosupresión, multiparidad y uso a largo plazo de pastillas anticonceptivas. El HPV es el primer factor etiológico en el desarrollo de CIN y cáncer cervical. (10)

De hecho, la mayoría de los factores de riesgo conductuales y sexuales que se señalan antes para el cáncer del cuello uterino se vuelven estadísticamente insignificantes como variables independientes después de hacer un ajuste en cuanto a infección por HPV. Los análisis de las lesiones neoplásicas cervicales muestran HPV en más del 80% de las lesiones de CIN, y en 99.7% de todos los cánceres cervicales invasivos.

Los dos tipos de HPV de alto riesgo más comunes son HPV-16, que se encuentra en 50 a 70% de los casos de cáncer cervical, y HPV-18, que se detecta en 7 a 20% de los casos. La infección por HPV es muy común y varía según la edad de la paciente. En EU, la frecuencia se eleva desde 1% en recién nacidas, a 20% en adolescentes, 40% en mujeres de 20 a 29 años, con un ligero descenso posterior hasta una meseta de 5% en mujeres de 50 años en adelante. El riesgo de una mujer de sufrir infección por HPV en el curso de su vida es de entre 50 a 80%.

Los condones no proporcionan tanta protección contra el HPV como contra otras STD, debido a que la transmisión puede ocurrir por contacto labio escrotal. El uso regular y consistente del condón es necesario para lograr una protección de 60% contra la infección. Existen alrededor de 130 tipos de HPB, cerca de 30 a 40 de los cuales infectan el epitelio anogenital. Con base

en su potencial de malignidad, los subtipos de HPV se clasifican dentro de los tipos de bajo y alto riesgo. (10)

Los tipos de HPV de bajo riesgo (p. ej., 6, 11, 42, 43 y 44) se asocian con condilomas y lesiones de bajo grado (CIN I), en tanto que los tipos de alto riesgo (p. ej., 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68) se relacionan con cáncer invasivo, además de lesiones de alto grado (CIN II y CIN III). Más de 90% de las mujeres sin compromiso inmunitario tienen una resolución espontánea de su infección por HPV en el curso de dos años, y solo cerca de 5% presentan CIN detectable en la citología. Alrededor de 10% de las mujeres presentan una infección persistente por HPV de alto riesgo, lo cual las coloca en mayor riesgo de desarrollar CIN II y III y cáncer cervical. La mayoría de las mujeres con infección por HPV no desarrollan CIN o cáncer cervical; esto sugiere que la infección por este virus es insuficiente en sí misma para desarrollar CIN o cáncer del cuello del útero, y subraya la importancia de otros cofactores, como el tabaquismo y la inmunosupresión. (10)

El tabaquismo y la infección por HPV tienen un efecto sinérgico en el desarrollo de CIN, y este hábito se asocia con un incremento de 2 a 4 veces en el riesgo relativo de desarrollar cáncer cervical. Se ha encontrado que los carcinógenos en el humo del cigarrillo se acumulan localmente en el moco cervical y la exposición acumulativa, según se mide por el número de cajetillas fumadas por año, se relaciona con el riesgo de desarrollar CIN o CIS. No obstante, existe poca comprensión acerca de los mecanismos a través de los que el tabaquismo contribuye a la carcinogénesis cervical. (10)

El índice de neoplasia cervical aumenta en mujeres con infección por HIV, quienes, en algunos estudios, tienen una frecuencia de 20 a 30% de CIN confirmado por colposcopia. Con el aumento en la inmunosupresión, existe un mayor riesgo de infección por HPV *de Novo*, infección persistente por HPV y neoplasia cervical progresiva. Desde 1993, el cáncer cervical invasivo se ha incluido como una de las enfermedades que definen al AIDS. (10)

3.6. Virus del papiloma humano

Cada día se ha definido con mayor certeza la intervención causal de dicho virus en la génesis de prácticamente todas las neoplasias cervicouterinas y una porción variable pero importante de neoplasias vulvares, vaginales y anales. Se ha terminado por reconocer al HPV como un agente causal importante de diversos cánceres extra genitales como los de la cabeza y el cuello. El virus en cuestión causa en promedio 5% de todos los cánceres.

3.6.1 Aspectos virológicos básicos de HPV

El virus del papiloma humano es un virus de DNA de doble cadena (bicatenario) simple con una cápside proteínica. Infecta predominantemente células del epitelio escamoso o metaplásico de mujeres. Los tipos y subtipos de HPV se diferencian por el grado de homología genética. Se han identificado en promedio 130 tipos de HPV genéticamente diferentes y de ellos, 30 a 40 son los que infectan de forma predominante la porción inferior del aparato anogenital de la mujer.

3.6.2 Ciclo de vida del HPV

El genoma de HPV bicatenario y circular consiste solamente en 9 marcos de lectura abierta identificados. Además de la región reguladora, los 6 genes “tempranos” (E) regulan las funciones durante las etapas iniciales del ciclo vital del virus, incluida conservación, replicación y transcripción del DNA. Los genes tempranos se expresan en las capas epiteliales bajas, en tanto que los dos genes “tardíos” codifican las proteínas de cápside mayor (L1) y menor (L2) que son expresadas en las capas más superficiales. Las proteínas recién mencionadas son necesarias en etapas posteriores del ciclo vital del virus para completar el ensamblado en nuevas partículas infectantes. La expresión del gen de HPV se hace de manera sincrónica con la diferenciación del epitelio escamoso y depende de ella. Por esta razón, completar el ciclo vital de un virus se produce únicamente dentro de epitelio

escamoso intacto y totalmente diferenciado. Las partículas víricas ensambladas totalmente se “desprenden” por completo dentro de las escamas superficiales. El HPV no es un virus lítico y por esta razón su capacidad infectante depende de la descamación normal de las células epiteliales infectadas. Se inicia una nueva infección cuando las proteínas L1 y L2 de la cápside se unen a la membrana basal y al epitelio, a las células basales o a ambos elementos y permiten la entrada de las partículas de HPV en nuevas células del hospedador. (9)

3.6.3 Tipos de HPV

Desde el punto de vista clínico, se clasifican los tipos de HPV en riesgo alto (HR, *high-risk*) o riesgo bajo (LR, *low-risk*), con base en su carácter oncógeno y la potencia de asociación con el cáncer cervicouterino. Los tipos 6 y 11 de HPV de bajo riesgo ocasionan casi todas las verrugas en genitales y un corto número de infecciones subclínicas por HPV. Las infecciones de HPV de bajo riesgo en contadas ocasiones (si es que así ocurren) son oncógenas.

A diferencia de lo comentado, la infección persistente por HPV de HR es una condición para que aparezca el cáncer cervicouterino. Los tipos de HPV de HR que incluyen 16, 18, 31, 33, 35, 45 y 58 y otros menos frecuentes son los vinculados con casi 95% de los cánceres cervicouterinos a nivel mundial. El HPV 16 es el más carcinógeno de todos y ello se debe tal vez a su mayor tendencia a persistir en comparación con otros tipos de HPV. Explica el mayor porcentaje de lesiones de tipo CIN 3 (45%) y cánceres cervicouterinos (55%) a nivel mundial y de cánceres vinculados con HPV en cualquier punto del aparato anogenital y en la orofaringe. La prevalencia de HPV 18 es mucho menor que la de HPV 16 en la población general. Sin embargo, se le detectó en 13% de los carcinomas de células escamosas y también en una proporción todavía mayor de adenocarcinomas cervicales y en carcinomas adenoescamosos (37%). En conjunto, HPV 16 y 18 son el origen de 70%,

aproximadamente de los cánceres cervicouterinos. Los tipos de HPV detectados más a menudo en cáncer cervicouterino (HPV tipos 16, 18, 45 y 31) también son los más prevalentes en la población general. El HPV 16 suele ser el HPV más común en las lesiones de baja malignidad y en mujeres sin neoplasias. La infección por HPV de tipo HR no causa neoplasia en muchas de las mujeres infectadas; ello indica que algunos factores del hospedador y ambientales que se agregan son los que rigen si dicho virus causará una neoplasia. (9)

3.6.4 Transmisión de HPV

La transmisión del HPV genital es consecuencia del contacto directo (por lo común sexual) con la piel, las mucosas o líquidos corporales de un compañero con verrugas o infección subclínica por HPV (Abu, 2005; *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2005). Son escasos los conocimientos en cuanto a la infecciosidad por HPV subclínico, pero se cree que son grandes en presencia de un gran número de virus. Suele aceptarse que el HPV penetra en la capa de células basales y la membrana basal por microabrasiones del epitelio genital durante el contacto sexual. Las células basales, una vez infectadas se convierten en “depósito” del virus. La infección por HPV de genitales es multifocal y abarca más de un sitio en la porción inferior del aparato genital en la mayoría de los casos. Por lo tanto, la neoplasia en un sitio genital incrementa el riesgo de neoplasia en otra localización dentro de la porción inferior del aparato genital femenino aunque al parecer el más vulnerable es el cuello de la matriz. También, es frecuente que la infección sea simultánea o seriada con múltiples tipos de HPV.

3.6.5 Formas de transmisión de HPV

Casi todas las infecciones de HPV genitales son consecuencia de relaciones sexuales. La infección cervicouterina por HPV de alto riesgo por lo común se centra en mujeres que han tenido contacto sexual penetrante. Las mujeres

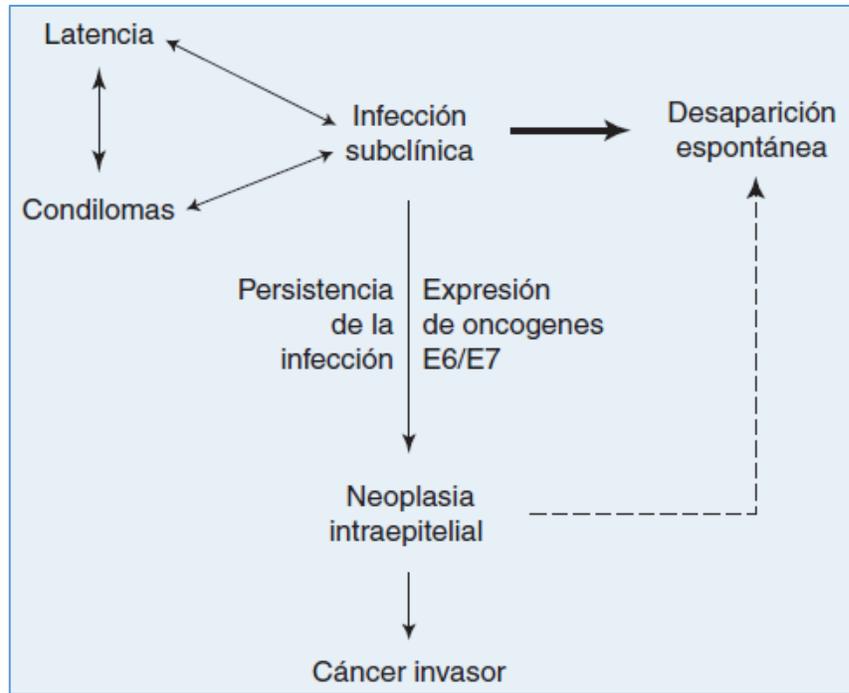
sin actividad sexual a veces muestran tipos no oncógenos en la vulva o la vagina tal vez por el uso de algún tampón vaginal o la penetración digital. En fechas recientes se ha señalado que las mujeres antes de tener relaciones sexuales pueden infectarse también por tipos de alto riesgo aunque es una situación poco común. La transmisión por objetos inanimados (fómites), que supuestamente se produce en el caso de verrugas no genitales no ha sido corroborada pero tal vez explique algunos de tales casos. No hay certidumbre de la importancia de la transmisión extra sexual de HPV y en esta situación se necesitan más estudios. Existe la posibilidad de transmisiones de HPV boca/genitales y mano/genitales pero al parecer son mucho menos frecuentes que en el caso de la transmisión genital/genital particularmente el contacto del pene que penetra en la vagina. Las mujeres que tienen sexo con otras a menudo señalaron que en lo pasado tuvieron experiencia sexual con varones; este subgrupo de personas tienen índices de positividad de HPV de HR, imagen citológica anormal del cuello uterino y neoplasias cervicouterinas de alta malignidad similar a la de mujeres heterosexuales, pero se someten con menor frecuencia a métodos de detección inicial (cribado) de cáncer cervicouterino; las mujeres que nunca han tenido contacto con varones al parecer están expuestas a un riesgo similar y ello denota que los contactos digital, bucal y con objetos las coloca dentro de la categoría de riesgo de infección por HPV. En consecuencia en toda mujer sexualmente activa se practicarán métodos de detección inicial (cribado) de cáncer cervicouterino con arreglo a las recomendaciones actuales sea cual sea su orientación sexual. (9)

3.6.6 Resultados de la infección por HPV

La infección por HPV en genitales origina diversos desenlaces. La infección puede ser latente o expresa. Aún más, la expresión puede ser productiva y originar la formación de nuevos virus o de tipo neoplásico, que ocasione enfermedad preinvasora o cancerosa. Casi todas las infecciones productivas

y neoplásicas son subclínicas y no clínicamente manifiestas, como se observa en las verrugas genitales o cánceres manifiestos. Por último, la infección por HPV puede ser transitoria o persistente con la aparición de neoplasias o sin ellas (displasia o cáncer). La neoplasia suele ser el último resultado en frecuencia, de la infección por HPV de genitales.

Resultados de la infección de genitales por HPV



La evolución natural de la infección genital por HPV es variable de una persona a otra y con el transcurso del tiempo. Muchas de las infecciones son subclínicas. El resultado más frecuente es la resolución espontánea. La neoplasia es la manifestación menos común de la infección por HPV y surge como consecuencia de la infección persistente. (16)

3.6.7 Infección neoplásica por HPV

En el caso de CIN 3 y lesiones cancerosas el genoma circular de HPV se abre en segmentos y se integra en forma lineal en sitios aleatorios dentro del cromosoma del hospedador. El siguiente paso es la transcripción irrestricta de los oncogenes E6 y E7. Los productos, que son las oncoproteínas E6 y

E7 interfieren en la función y aceleran la degradación de p53 y pRB, que son las proteínas oncosupresoras decisivas para el hospedador y ello deja a la célula infectada, en una situación vulnerable para experimentar la transformación cancerosa por la pérdida del control del ciclo celular, la proliferación de células y la acumulación de mutaciones de DNA con el transcurso del tiempo.

En las lesiones preinvasoras se interrumpe la diferenciación epitelial normal. El grado de maduración epitelial normal se utiliza para cuantificar histológicamente la lesión en displasia leve, moderada o grave o CIN. El promedio de edad en la fecha del diagnóstico del trastorno cervicouterino de baja malignidad es menor del que muestran las lesiones de alta malignidad y los cánceres invasores.

De este modo, desde hace mucho, se ha supuesto que existe un continuo de enfermedad con evolución que va de las lesiones leves a las de mayor grado, con el paso del tiempo. Otra teoría propone que las lesiones de baja malignidad por lo regular son transitorias y no oncógenas, en tanto que las de alta malignidad y los cánceres son monoclonales, surgen *de novo* sin que antes hubiera un trastorno de baja malignidad; ello pudiera explicar el hecho de que algunos cánceres se diagnostican poco después de que el estudio citológico de detección inicial arrojó resultados negativos. (9)

3.6.8 Prevención de infección por HPV

3.6.8.1 Intervenciones conductuales

Entre las estrategias lógicas para evitar o limitar la infección genital por HPV y sus efectos adversos están la abstinencia sexual, retrasar la fecha de inicio de los coitos y limitar el número de compañeros sexuales. Sin embargo, no se cuenta con datos de estudios de orientación y modificación de prácticas sexuales.

3.6.8.1.1 Preservativos.

Es recomendable utilizar preservativos para evitar infecciones de transmisión sexual (STI, *sexually transmitted infections*) en términos generales, pero no hay tanta certeza en cuanto a su eficacia, para evitar de manera específica la transmisión de HPV. Los preservativos para uso del varón son más eficaces para impedir STI que se transmitan por medio de líquidos corporales y las superficies mucosas y son menos eficaces para evitar STI propagadas del contacto de la piel con otra piel como ocurre en casos de HPV. Además, los preservativos no cubren toda la piel anogenital que puede estar infectada (*Centers for Disease Control and Prevention, 2010b*). Winer *et al.* 2003, realizaron el primer estudio prospectivo del uso de preservativos por el varón y el riesgo de HPV en mujeres jóvenes y señalaron disminuciones en las cifras de infección por HPV incluso si no se utilizaron constantemente los preservativos.

3.6.8.1.2 Vacunas contra HPV

La obtención reciente y constante de vacunas constituye el elemento promisorio de mayor importancia para evitar la infección por HPV y tal vez para limitar o revertir sus secuelas en personas infectadas.

3.7 Neoplasia intraepitelial cervicouterina

3.7.1 Incidencia

La verdadera incidencia de CIN sólo se puede estimar. Del 7% aproximadamente de Papanicolaou con anomalías epiteliales que se detectan cada año durante la aplicación de cribado en Estados Unidos, quizá la mitad contiene algún grado de CIN histológico (Jones, 2000). La incidencia de CIN variará con la población estudiada, porque guarda una relación importante con la edad menor en que inició la actividad sexual, factores socioeconómicos y otros comportamientos relacionados con riesgo. Aún

más, los métodos clínicos usados para diagnosticar CIN, sobre todo citología y colposcopia “de cribado” no tienen sensibilidad en este sentido.

3.7.2 Evolución natural

Las lesiones preinvasoras muestran regresión espontánea al cuadro normal, permanecen estables por largo tiempo o evolucionan a un grado mayor de displasia. Escasas lesiones de tipo CIN tienen la capacidad de evolucionar y llegar a la forma francamente invasora de cáncer, pero el potencial neoplásico aumenta conforme lo hace el grado de CIN. Hall y Walton (1968) observaron progresión hasta la forma de CIS en 6% de las displasias histológicamente “mínimas”; en 13% de las displasias moderadas y en 29% de las displasias “evidentes”. Las displasias mínimas mostraron regresión o desaparecieron en 62% de las pacientes, pero sólo 19% de las que tenían enfermedad evidente tuvieron tal comportamiento. Los estimados mejores disponibles de la progresión, persistencia y regresión de CIN se obtuvieron gracias a la revisión de Ostor (1993). En fecha reciente, Castle *et al.* (2009b) calcularon que en promedio 40% de los casos de CIN 2 muestran regresión espontánea en término de 2 años. (10)

3.7.3 Factores de riesgo de neoplasia cervicouterina

Los factores de riesgo identificables para la aparición de neoplasia intraepitelial cervicouterina son semejantes a los que privan en el caso de lesiones invasoras y son útiles en la generación de programas de detección sistemática y prevención de cáncer cervicouterino. El riesgo de neoplasia cervicouterina guardó una relación de mayor peso con la infección genital persistente de HPV de tipo HR y la edad mayor de la mujer (Ho, 1995; Kjaer, 2002; Remmink, 1995; Schiffman, 2005). Se han planteado otros factores de riesgo demográfico, conductual y médico de menor peso para la aparición de neoplasias cervicouterinas. (12)

3.7.3.1 Factores demográficos de riesgo

- Etnia (países latinoamericanos, minorías de Estados Unidos)
- Estado socioeconómico bajo
- Edad cada vez mayor (senectud)

3.7.3.2 Factores conductuales de riesgo

Los comportamientos agravan el riesgo de contagio de una infección por HPV oncógeno. Durante muchos años, las pruebas epidemiológicas vincularon el comportamiento sexual con el inicio de múltiples compañeros sexuales y promiscuidad del varón de la pareja, con neoplasia cervicouterina.

3.7.3.2.1 Tabaquismo.

En la actualidad se ha confirmado que el cáncer cervicouterino es una neoplasia vinculada con el tabaquismo; lo anterior vale específicamente para los cánceres escamosos aunque no es tanta la certeza de la relación que priva con el adenocarcinoma y el cáncer cervicouterino adenoescamoso (*International Agency for Research on Cancer*, 2004). El tabaco también agrava los riesgos de enfermedad cervicouterina preinvasora, y dicha relación persiste incluso después de hacer ajustes en cuanto a la positividad de HPV y el estado socioeconómico bajo (Bosch, 2002; Castle, 2004; Plummer, 2003). El tabaquismo actual, el número mayor de cajetillas/años de uso y el tabaquismo para la fecha de la menarquía se han asociado con neoplasias cervicouterinas (Becker, 1994). La posibilidad biológica de un vínculo entre el tabaquismo y las neoplasias cervicouterinas, queda reforzada por algunos puntos como: 1) el moco cervicouterino de las fumadoras contiene carcinógenos y es mutágeno; 2) las alteraciones genéticas del tejido cervicouterino de las fumadoras son similares a las identificadas en las neoplasias de otros sitios vinculadas con el tabaquismo; 3) el riesgo depende de la dosis y aumenta con la duración y la cantidad de

tabaco usado, y 4) el riesgo reduce al interrumpir el tabaquismo (*U.S. Department of Health and Human Services, 2004*).

3.7.3.2.2 Deficiencias alimentarias.

Los datos no son concluyentes pero deficiencias de algunas vitaminas en alimentación como A, C, E, beta caroteno y ácido fólico pueden alterar la resistencia celular a la infección por HPV y con ello inducir la persistencia de la infección vírica y de la neoplasia cervicouterina. Sin embargo, en Estados Unidos, el hecho de que no exista asociación entre las deficiencias alimentarias y la enfermedad del cuello uterino pudiera reflejar el estado nutricional relativamente suficiente incluso de mujeres de bajos ingreso.

3.7.3.3 Factores médicos de riesgo

3.7.3.3.1 Hormonas exógenas.

Los datos de estudios que vinculan a la neoplasia cervicouterina con las hormonas exógenas son antagónicos y llenos de puntos de confusión como sería el incremento de la actividad sexual y el número de pruebas de Papanicolaou de detección sistemática en las usuarias. Aún más, en términos generales, los cánceres de células epiteliales no reciben la influencia de factores hormonales. El mayor análisis de estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha por el *International Collaboration of Epidemiological studies of Cervical Cáncer (2007)* permitieron concluir que existe un mayor riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres que utilizaban corrientemente los anticonceptivos orales combinados (COC, *combination oral contraceptives*), que depende de la duración de uso. Aún más, el riesgo relativo casi se duplicó a los cinco años de uso de tales productos. El riesgo aumentado disminuyó al dejar la usuaria de emplear COC y el riesgo volvió al de las mujeres no usuarias 10 años después de interrumpir el uso. Por esas razones *The International Agency for Research on Cancer (2007)* clasifica a los COC como carcinógenos para los humanos. Entre los mecanismos

posibles por los cuales dichos fármacos podrían influir en el riesgo de cáncer cervicouterino estaría la mayor persistencia de la infección y la expresión del oncogén de HPV (de Villiers, 2003). Sin embargo, el análisis de mujeres jóvenes participantes en el *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance-Low Grade Intraepithelial Lesion Triage Study* (ALTS) detectó que las hormonas anticonceptivas no inyectables, el embarazo y la paridad ejercieron escaso efecto en el contagio de la infección de HPV de alto riesgo o el desarrollo de CIN 3 (Castle, 2005). Harris *et al.* (2009) no detectaron un incremento en el riesgo de neoplasia de alta malignidad en usuarias de medroxiprogesterona de depósito o de COC. Por último, no se observó incremento del riesgo en posmenopáusicas que usaron estrógenos/progestágenos en el *Women's Health Initiative Study* (Yasmeen, 2006).

3.7.3.3.2 Paridad.

Se ha correlacionado la mayor paridad con el riesgo de cáncer cervicouterino, pero no se sabe si ello depende del comienzo más temprano de la actividad sexual, del efecto de la exposición a un progestágeno, o de otros factores. Se han sugerido como factores etiológicos asociados con la génesis de las neoplasias cervicouterinas la supresión inmunitaria durante el embarazo, las influencias hormonales en el epitelio cervicouterino y el traumatismo físico producto de los partos vaginales.

3.7.3.3.3 Inmunosupresión.

Algunos estudios han sugerido de manera consistente que las mujeres que tienen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-positivas) tienen índices mayores de CIN en comparación con las mujeres VIH-negativas. En mujeres infectadas con VIH incluso 60% de las pruebas de Papanicolaou mostraron anomalías citológicas e incluso el 40% tuvo signos colposcópicos de displasia. Tal como revisó Gomez-Lobo (2009) las mujeres que recibieron trasplante estuvieron expuestas a un mayor riesgo de presentar un cáncer

después de tal método incluidas neoplasias de la porción inferior del aparato genital femenino y el conducto anal. Las mujeres que recibieron fármacos inmunodepresores contra otras enfermedades tuvieron índices mayores de neoplasias en la porción inferior del aparato mencionado y aquellas con inmunodepresión en términos generales tuvieron una mayor intensidad, un mayor perfil de lesiones multifocales, de ineficacias terapéuticas, de persistencia y recidiva de enfermedad de la porción inferior del aparato genital en comparación con las mujeres con buena función inmunitaria.

3.7.3.3.4 Técnicas inadecuadas de detección sistemática (cribado)

Para la prevención del cáncer cervicouterino se necesita la identificación y la erradicación de las lesiones invasoras precursoras o tempranas, por medio de la aplicación de técnicas de detección citológica temprana (cribado). Se ha estimado que la mitad de las mujeres en quienes se diagnosticó cáncer cervicouterino nunca fueron sometidas al cribado y que un 10% adicional no se practicó el método de Papanicolaou en los 5 años anteriores a la consulta. El hecho de que la mujer no se someta a pruebas de cribado es un elemento que contribuye mucho a los índices mayores de cáncer cervicouterino en mujeres de clases socioeconómicas desfavorables. Factores como pertenecer a una etnia minoritaria, migración reciente desde países subdesarrollados, vivir en zonas rurales en Estados Unidos y la ancianidad incrementan el riesgo de cáncer cervicouterino. (9)

3.7.3.3.5 Diagnóstico diferencial y valoración de las lesiones cervicouterinas

En términos generales, a simple vista, no se pueden identificar las lesiones preinvasoras de la porción inferior del aparato genital femenino. La excepción a tal norma sería VIN 3 que suele ser visible, o palpable o ambas modalidades. Son visibles a simple vista solamente las lesiones cervicouterinas en cualquiera de los extremos del espectro de enfermedades neoplásicas: condilomas y cánceres invasores. Sobre tales bases,

constituyen justificación para emprender la exploración colposcópica y la obtención de material de biopsia todas las lesiones cervicouterinas visibles a simple vista, en particular úlceras, erosiones o leucoplasias.

3.8 Citología cervicouterina

El método de cribado citológico en el cuello uterino es uno de los capítulos más fructíferos de la medicina moderna. Por medio de la prueba de Papanicolaou se detectan casi todas las neoplasias cervicouterinas durante las fases premaligna o maligna oculta temprana típicamente duraderas, lapso en que los resultados del tratamiento son óptimos.

3.8.1 Detección de CIN y cáncer cervical

Después de la implementación de los programas poblacionales de detección y tratamiento de enfermedad preinvasiva e invasiva inicial, ha habido una reducción de 75% en la frecuencia y mortalidad de cáncer cervical en los países desarrollados. En EU, más de la mitad de las mujeres que desarrollan cáncer cervical nunca se han sometido a citología cervical, se les ha examinado solo en forma esporádica o no han recibido pruebas de detección en los últimos cinco años. Es esencial que las mujeres, ya sea que se hayan vacunado o no, se apeguen a las pautas actuales de detección de cáncer cervical. (10)

3.8.2 Detección con citología cervical.

En 2012, la *U. S. Preventive Services Task Force* (USPSTF: Fuerza de tarea de los servicios preventivos de EU) y la asociación multidisciplinaria de la American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology y la American Society for Clinical Pathology (ACS/ASCCP/ASCP: Sociedad estadounidense de cancer, Sociedad estadounidense de colposcopia y patología cervical y Sociedad estadounidense de Patología clínica) publicaron en forma independiente recomendaciones nuevas y

consistentes en términos generales acerca de la detección de cáncer cervical en la población general, vacunada o no vacunada contra el HPV.

3.8.2.1 A. Inicio de la detección.

La detección mediante citología cervical no debería iniciar antes de los 21 años de edad, sin importar la edad de inicio de las relaciones sexuales. Esta recomendación se basa en el hecho de que el cáncer cervical invasivo es poco común en mujeres menores a esa edad; sin embargo, existe el potencial de efectos adversos asociados con el seguimiento de la citología cervical anormal que incluyen ansiedad, costo, morbilidad y consecuencias a largo plazo del sobreuso de los procedimientos de seguimiento. En las mujeres jóvenes existe una elevada frecuencia de infección por HPV poco después del inicio del coito, que por lo general se asocia con citología cervical anormal y después presenta una tasa muy elevada de desaparición espontánea tanto de la infección por HPV como de la displasia. (10)

3.8.2.2 B. Frecuencia de la detección.

La citología cervical se recomienda cada tres años para mujeres entre 21 a 29 años. Las pruebas de HPV no deben realizarse en este grupo etario. Las mujeres de 30 años y mayores deben someterse a detección con citología y pruebas concurrentes de HPV cada cinco años, o citología sola cada tres años.

3.8.2.3 C. Discontinuación de la detección.

Las pruebas deben discontinuarse en mujeres mayores a 65 años con resultados negativos consecutivos en los últimos 10 años. No existe ninguna razón para reanudar las pruebas de detección. Sin embargo, las mujeres que han terminado con la vigilancia pos tratamiento para CIN II/III o mayor, deben continuar con la detección de rutina durante al menos 20 años, incluso si estas pruebas ocurren después de los 65 años de edad. Las citologías deben discontinuarse en mujeres sometidas a histerectomía total y que no han

tenido antecedentes de CIN II y III o mayor. No es necesario contar con evidencia de pruebas negativas previas.

3.8.2.4 D. Poblaciones especiales.

Con base en las pautas de 2009 de la ACOG, las mujeres HIV positivas deben someterse a detección en el primer año después del diagnóstico y después cada año. Las mujeres inmunosuprimidas por otras razones o que han tenido exposición al DES dentro del útero deben someterse a la detección cada año. Como ya se discutió, los resultados de la citología vaginal se informan utilizando la nomenclatura de Bethesda que se publicó en 2001. (10)

3.9 Pruebas de HPV.

En la actualidad, en la práctica clínica existen dos pruebas de HPV aprobadas por la FDA. Examinan la presencia de 1 o más de los 13 o 14 tipos de alto riesgo de HPV. Las pruebas de HPV de alto riesgo se utilizan ahora en EU para la detección de cáncer cervical en los siguientes escenarios:

- Como prueba de derivación para citología cervical ASC-US en mujeres de 21 años o mayores con pruebas reflejas de HPV en el líquido conservador residual de la citología en base líquida.
- Como prueba de derivación de LSIL en mujeres posmenopáusicas.
- Como prueba de seguimiento después de detección de CIN I o colposcopia negativa en mujeres con ASCUS, ASCH, LSIL o células glandulares atípicas (AGC).
- En el seguimiento después de tratamiento para CIN II y III.
- Como auxiliar de la citología en la detección primaria en mujeres mayores de 30 años.

Las pruebas de HPV combinadas con frotis citológico cervical recibieron aprobación como abordaje primario de detección en pacientes de 30 años en adelante, que tienen el útero y no sufren inmunosupresión. Si ambos

resultados son negativos, la detección combinada no debe repetirse durante cinco años. Si la citología y la prueba de HPV son positivas, se debe enviar a colposcopia, como se explicó antes. Si la citología es normal, pero la prueba de HPV es positiva, se recomienda repetir la citología y la prueba de HPV en 6 a 12 meses, con colposcopia en ese momento si cualquiera de ambas pruebas tiene resultado anormal. Las pruebas de tipificación de HPV-16 Y HPV-18 recibieron aprobación reciente de la FDA y se pueden utilizar como auxiliar para mujeres con resultados negativos en la citología, pero resultados positivos de HPV de alto riesgo. (10)

3.10 Detección visual en entornos de bajos recursos.

La inspección visual del cuello del útero se emplea como herramienta de detección en entornos de bajos recursos que no tienen acceso a pruebas de HPV o detección por medio de citología. Tiene especificidad limitada, pero es económica y proporciona resultados inmediatos. Es posible realizarla por medio de inspección visual directa o realizando cervicoscopia con ácido acético, azul de toluidina o solución de Lugol como complemento. (10)

3.11 Práctica de una prueba de Papanicolaou

3.11.1 Preparación de la paciente.

En circunstancias óptimas habrá de programarse la práctica de las pruebas de este tipo de modo que se evite el periodo menstrual. Durante un mínimo de 24 a 48 horas antes de la prueba la paciente se abstendrá de relaciones sexuales por la vagina, duchado vaginal o el empleo de tampones o cremas anticonceptivas o medicinales. El tratamiento de la cervicitis o la vaginitis antes de practicar la prueba de Papanicolaou es una medida óptima; sin embargo, nunca se diferirá la práctica del estudio por alguna secreción inexplicada o expulsión de sangre en fechas no planeadas, porque pueden ser causadas por cánceres de cuello uterino u otros puntos del aparato

genital, la imagen de las células escamosas del cuello uterino varía durante todo el ciclo menstrual y con los cambios del estado hormonal. De este modo, para la interpretación precisa de la prueba se necesita contar con información clínica en las formas de solicitud para realizarla; incluyen fechas del último periodo menstrual o embarazo actual, uso de hormonas exógenas, estado en la menopausia, señalamientos de expulsión anormal de sangre y cualquier antecedente de pruebas anormales de Papanicolaou, displasias o cánceres. Como aspecto adicional, los dispositivos intrauterinos (IUD, *intrauterine devices*) ocasionan cambios celulares reactivos y hay que señalar su presencia. También puede ser útil el conocimiento de factores importantes de riesgo como deficiencia inmunitaria, migración reciente desde un país subdesarrollado (a Estados Unidos) o el hecho de que no se hizo cribado adecuado en etapas previas.

La visualización adecuada del cuello uterino es esencial para detectar lesiones manifiestas y para la identificación del SCJ. La colocación del espéculo debe ser totalmente cómoda para la mujer. Se utiliza una capa fina de lubricante hidrófilo por fuera de las hojas del espéculo pero sin disminuir la calidad y la interpretación de la prueba (Griffith, 2005; Harmanli, 2010). El clínico no debe tocar el cuello uterino antes de realizar la toma de material de Papanicolaou porque puede desplazar inadvertidamente epitelio displásico con traumatismo mínimo. Habrá que extraer con todo cuidado con un escobillón grande la secreción que cubra al cuello de la matriz y se procurará no tocarlo en absoluto. El frotamiento o golpecitos vigorosos pueden hacer que sean escasas las células en la muestra o que los resultados sean negativos falsos. Cuando sí conviene, habrá que obtener más muestras del cuello uterino para detección de infección después de la obtención de material para la prueba de Papanicolaou.

3.11.2 Sitio para la obtención de la muestra.

La obtención de muestras de la zona de transformación es de máxima importancia para que la prueba de Papanicolaou sea sensible. La técnica debe adaptarse y se seleccionarán los dispositivos de obtención de muestras con base en el sitio de SCJ que varía ampliamente con la edad, traumatismos obstétricos y estado hormonal. Las mujeres que en su vida fetal estuvieron expuestas a DES o hubo sospecha de tal situación también pueden beneficiarse de una prueba de Papanicolaou independiente, de material de la mitad superior de la vagina, porque están expuestas a riesgo adicional de tener cánceres vaginal.

3.11.3 Instrumentos para muestreo.

Se utilizan comúnmente 3 tipos de instrumentos para obtener muestras del cuello uterino y son la espátula, el dispositivo en “escoba” y la escobilla endocervical (conocida también como cito escobilla). Con la espátula se obtiene material predominantemente del ectocérvix. Con la escobilla endocervical se extrae material del conducto endocervical y se utiliza en combinación con una espátula.

El dispositivo en “escoba” obtiene muestras de epitelio endocervical y ectocervical simultáneamente, pero la obtención con él se complementará con el material obtenido con la escobilla endocervical. La espátula se orienta de modo que se adapte en la mejor forma posible al contorno cervical, “a horcajadas” de la unión escamocilíndrica para obtener material de la zona distal del conducto endocervical.

El clínico con firmeza “raspa” la superficie cervical y completa como mínimo una “rotación” completa. Se prefiere la espátula de plástico a la de madera porque con ella es más fácil desplazar las células desde la superficie de dicho material.

La escobilla endocervical, de forma cónica y cerdas de plástico ha sustituido en gran medida al aplicador humedecido de algodón para obtener muestras

del conducto endocervical porque tiene una mayor capacidad de reunir y liberar las células. Después de obtener la muestra con la espátula se introduce la escobilla en el “conducto endocervical” sólo hasta que las cerdas más externas permanezcan visibles exactamente dentro del orificio externo del cuello; de este modo se evita la obtención inadvertida de muestras de células del segmento uterino inferior que pueden ser consideradas erróneamente como células cervicales atípicas. Para evitar la presencia de sangre que disimula los campos se gira la escobilla 90 a 180° y se utiliza después de haber obtenido muestras del ectocérvix. Si es muy amplio el conducto cervicouterino se desplaza la escobilla de modo que establezca contacto con todas las superficies del conducto mencionado. (9)

Los dispositivos en forma de escoba tienen cerdas centrales más largas que se introducen en el conducto endocervical; junto a dichas cerdas largas hay otras cortas que se extienden en el ectocérvix durante la rotación. El número de rotaciones o “giros” de la escoba varía con el fabricante, pero por lo común incluye 5 giros en la misma dirección (invertir la dirección hace que se pierda el material celular). Se prefiere a los dispositivos en “escoba” para la práctica de Papanicolaou en líquido.

3.11.4 Obtención de laminillas corrientes.

El método en cuestión obliga a tener cuidado especial para que no se sequen las células en el aire lo cual constituye la causa principal de poca calidad de la extensión. La muestra de la espátula debe dejarse intacta mientras se practica inmediatamente la obtención de muestras con la escobilla endocervical. Realizado lo anterior se extiende rápidamente la muestra de la espátula con la mayor uniformidad posible, que abarque el 50 al 66% de la extensión de la laminilla (fi g. 29-8). La escobilla endocervical es “rotada” firmemente en la zona restante de la laminilla (33 a 50%) después de que se realiza rápidamente la fijación al aplicarle el fijador en aerosol o en inmersión.

3.11.5 Intervalo entre una y otra prueba.

Entre los 21 y los 29 años el ACOG (2009) recomienda practicar la prueba de Papanicolaou a intervalos bienales y para ello utilizar los métodos corriente o basado en líquido. A los 30 años las mujeres con el riesgo promedio de presentar cáncer cervicouterino pueden ser estudiadas con esta técnica a intervalos trienales si se corroboró que arrojaron resultados negativos tres pruebas de Papanicolaou previas o consecutivas. El riesgo de cáncer es muy pequeño dentro de ese lapso cronológico. Las mujeres elegibles para ampliar los intervalos de detección sistemática deben ser orientadas a señalarles que la prueba de Papanicolaou es solamente un componente de métodos asistenciales preventivos y no ahorra la necesidad de otras valoraciones y cuidados de salud. Las mujeres que tienen un riesgo mayor del promedio, incluidas las que estuvieron expuestas en su vida fetal al dietilestilbestrol o que tienen deterioro inmunitario, pueden necesitar la práctica más frecuente de este método de detección. Específicamente, se practicará anualmente la prueba durante toda la vida en mujeres con infección por VIH (*Centers for Disease Control and Prevention, 2009b*). Las mujeres que fueron sometidas a tratamiento contra CIN 2, CIN 3 o cáncer cervicouterino deben ser sometidas a la detección anual durante 20 años, como mínimo en el lapso en que estén expuestas a un mayor riesgo permanente de cáncer del cuello uterino (*American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009; Strander, 2007*). (9)

4. Planteamiento del problema

La igualdad entre los géneros es uno de los derechos humanos. Las mujeres tienen derecho a vivir con dignidad, sin miseria y sin temor. La igualdad entre hombres y mujeres es también un requisito para avanzar en el desarrollo y reducir la pobreza: las mujeres empoderadas contribuyen a la salud y la productividad del conjunto de las familias y comunidades y mejoran las perspectivas para la siguiente generación. (11)

A pesar de que las pruebas no dejan lugar a dudas sobre el papel fundamental del empoderamiento de las mujeres para reducir la pobreza, promover el desarrollo y abordar los desafíos más apremiantes del planeta, la igualdad de género sigue siendo una promesa incumplida.(14)

Durante más de 30 años, el UNFPA ha defendido a las mujeres y las niñas mediante la promoción de reformas legislativas y políticas y la compilación de datos que tienen en cuenta las cuestiones de género, así como a través del apoyo a iniciativas destinadas a mejorar la salud de las mujeres y a ampliar sus opciones en la vida. (11)

Disposiciones legales relacionadas al Cáncer cervico uterino (CACU) en Bolivia

En Bolivia están vigentes disposiciones legales que favorecen el acceso de las mujeres a los servicios para la detección del cáncer de cuello uterino entre las que se pueden citar:

Ley N° 3250, del 6 de diciembre de 2005: Ampliación del seguro Universal materno Infantil (SUMI) y su reglamentación que determinan la obligatoriedad en los servicios de salud, para que a todas las mujeres hasta los 60 años se les realice el examen de Papanicolaou, y si detectan lesiones precancerosas se les practique otros exámenes y tratamientos, incluyendo la cirugía en forma gratuita.

La resolución Ministerial N° 268 del 11 de abril de 2011 del Ministerio de Trabajo, que señala la obligatoriedad de las empresas e instituciones públicas y privadas para otorgar un día hábil al año a todas las mujeres dependientes con funciones permanentes o temporales para someterse a un examen médico de papanicolaou o mamografía

Estas disposiciones legales son poco conocidas por la población en general, y más aún por las personas que viven en el área rural.

Ante esta situación el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia ha planteado un Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento del Cáncer de Cuello Uterino 2012 – 2020, que tiene como objetivo general:

Reducir la morbi-mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en el ámbito nacional mediante la implementación de intervenciones estratégicas de promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en el marco de la SAFCI y bajo la rectoría del MSD.(4)

En Yolosa se desconoce la frecuencia de realización del Papanicolau y las características de la demanda por lo que se formula el siguiente problema:

5. Pregunta de investigación

¿Cuál es el conocimiento y las características socio demográfico y la práctica sobre Papanicolau de mujeres y hombres de Yolosa en el cuarto trimestre del año 2017?

6. Revisión bibliográfica

En Colombia se realizó un estudio que se publica el año 2016 para determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 Unidades de Salud Familiar (USF) de Bañado Sur-Asunción, periodo abril-octubre 2012. El estudio fué descriptivo de corte transversal, utilizando cuestionario estructurado autoadministrado. Resultados: La edad promedio de las encuestadas fue 42 años, la mayoría en unión libre o casadas (70%); 65% tienen educación básica y media, 56% son amas de casa. El 83% tienen seguro médico; 78% escuchó hablar sobre cáncer de cuello uterino, 74% de éstas en los centros de salud. El 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad, 90 % escuchó hablar sobre la prueba de Papanicolaou, el 27 % de ellas sabe en qué consiste; 90% de las mujeres demostró actitud favorable y 56% prácticas favorables respecto a la prevención de la enfermedad. Se concluye finalmente que el estudio permite conocer la percepción que tiene una población de mujeres de un barrio marginal de la capital del país, respecto al cáncer de cuello uterino y el principal factor de riesgo que lo produce, a fin de incrementar la prestación de servicios de prevención de este tipo de cáncer, además de propiciar el trabajo interinstitucional e intersectorial en la prevención y control de la enfermedad en el país. (1)

Un estudio en México publicado el año 2018 para identificar los factores socioculturales que interfieren en la realización del Papanicolaou en esposas de una comunidad indígena del municipio de Santo Tomás de Tenosique de Pino Suárez, Tabasco. El estudio fue descriptivo cuantitativo investigación de mercado a través del muestreo no probabilístico para la conveniencia incidental. Predominó sobre el ítem de edad entre 29 y 35 años; el nivel de educación que prevalece es el principal, para el estado civil la mayoría está en unión libre y hasta el momento ha tenido 2 pares sexuales en su vida; el

comienzo de la vida sexual activa que predomina es de 16 a 20 años, y el Papanicolaou nunca se ha realizado por motivos de falta de interés, por la influencia de la pareja y por desconocimiento del propósito de realizarse el procedimiento de forma periódica. Conclusión: este estudio demuestra que las mujeres tienen una actitud indiferente hacia la captura de Papanicolaou; ya que el 83.3% de las mujeres presenta esta actitud, de igual manera (2)

Se realizó este estudio con el propósito de Indagar los factores y causas que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa, que asisten al sector N°1, puesto de salud Wuppertal, Matagalpa, (Nicaragua) año 2015. La importancia radica en que es un problema de salud pública, ya que a pesar de la gratuidad de la prueba las mujeres continúan sin realizárselo; se caracterizó demográficamente social y cultural a las mujeres; analizando los conocimientos que ellas poseen sobre el procedimiento, así mismo se determinó las causas y se seleccionaron estrategias. Es un estudio descriptivo, cualicuantitativo, de corte trasversal, con una población de 455 mujeres y 5 personal de salud, con una muestra de tipo no probabilístico a conveniencia de 75 mujeres y 5 personal de salud. se concluyó que: a) Las mujeres que no se realizan el Papanicolaou la mayoría se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años, viven en unión estable, en el área urbana, gozan de buena salud, con escolaridad de primaria incompleta, gran parte no sufren de violencia intrafamiliar, viven en pobreza, amas de casa y pertenecen a la religión evangélica; b) Tienen conocimiento empírico e incompleto; c) Vergüenza, dolor , miedo y falta de conocimiento son causas por las que las mujeres no se realizan el Papanicolaou (3)

En Brasil el año 2014 se publica un estudio sobre la identificación de los factores relacionados a la no asistencia de las mujeres a la consulta de retorno para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou. El método utilizado fue el de un estudio trasversal, realizado con 775 pacientes que se sometieron a la prueba de Papanicolaou en el Centro de Salud de la Familia

de Fortaleza-CE, entre septiembre de 2010 y febrero de 2011. Entre los resultados se señala: la mayoría de las encuestadas eran jóvenes (≤ 35 años), de baja escolaridad (≤ 7 años de estudio), iniciaron la vida sexual muy temprano (≤ 20 años) y 17,0% de ellas no retornaron para recibir el resultado del examen. Los resultados estadísticamente significativos por no retornar estuvieron relacionados a: mujeres jóvenes ($p=0,001$); inicio precoz de la actividad sexual ($p=0,047$); y conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou ($p=0,029$). Finalmente se concluye que el hecho de la mujer no retornar para recibir el resultado es un problema para el control del cáncer de cuello uterino y debe ser combatido por medio de estrategias educativas que refuercen la importancia del retorno para la detección precoz de ese cáncer.

(4)

Una publicación de Iquitos Perú el año 2012 sobre la determinación de la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y las prácticas preventivas en mujeres de la ciudad de Nauta, en la provincia y departamento de Loreto, en el año 2011. En este estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 306 mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad. El 70,3% (215) presentó un nivel de conocimiento deficiente en relación con el cáncer cervicouterino, el 15% (46) regular, el 8,2% (25) bueno y el 6,5% (20) excelente; el 90,8% no realiza práctica preventiva de cáncer cervicouterino y el 9,2% realiza práctica preventiva. Al relacionar el nivel de conocimiento sobre cáncer cervicouterino y las prácticas preventivas, se determinó que existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,001$). (5)

Una tesis realizada en Lima Perú el año 2015 para Evaluar el conocimiento, actitudes y práctica sobre el examen de Papanicolaou en pacientes mayores de 15 años que asisten a la consulta externa de Ginecología del Hospital San José en el mes de junio a agosto del 2015, mediante un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, donde se realizaron

encuestas estructuradas. El tamaño de la muestra fue de 368 mujeres mayores de 15 años. Los principales resultados fueron: El 45.11% de las mujeres mayores de 15 años encuestadas, oscilan entre 30-44 años. De todas las mujeres encuestadas, el 60.05% conocen que el Papanicolaou se realiza para la detección del cáncer del cuello uterino; el 45.11% piensan que el presentar molestias en la vagina es el indicador más importante para realizarse el examen del Papanicolaou; Así mismo, el 54.62% presentaron un nivel de conocimiento alto con respecto al Papanicolaou; el 55.70% presentaron una actitud favorable frente al examen del Papanicolaou; el 58.97% mostraron una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou. Del mismo modo se encontró que, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou ($p < 0,05$); y existe relación estadísticamente significativa relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou ($p < 0,05$). Se concluye, que las mujeres mayores de 15 años que acudieron al consultorio de Ginecología presentan un nivel de conocimiento alto, una actitud favorable y una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou. Otra conclusión importante es que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable; entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada y relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou (6)

En el año 2015 en el Perú se desarrolló una investigación que tuvo como objetivo determinar los factores (edad, estado civil, grado de instrucción, ingreso económico, accesibilidad a los servicios de salud, nivel de conocimiento) asociados a la práctica de la prueba de Papanicolaou en

mujeres del AAHH Cabo López Iquitos 2015. La muestra estuvo constituida por 151 mujeres. Se utilizó 2 cuestionarios uno sobre factores asociados a la práctica del Papanicolaou y otro sobre nivel de conocimiento sobre la práctica de la prueba de Papanicolaou, los cuales obtuvieron validez de 93 % y 90 % respectivamente; y una confiabilidad según el alfa de Crombach del 85% en el cuestionario de nivel de conocimiento y en el cuestionario de factores asociados se obtuvo el 98%. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y visita domiciliaria. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0, los hallazgos de los factores asociados a la práctica de la prueba de Papanicolaou de las mujeres son: el 58.9% es de menor edad; siendo el promedio de edad 36 años con una desviación estándar de 14 años, el 66.2% son convivientes, el 65.6% son de menor grado de instrucción, el 89.4% tiene un ingreso económico bajo; siendo el ingreso económico promedio S/. 477 nuevos soles mensuales con una desviación estándar de S/. 204 nuevos soles, el 90.1% acceden a un servicio de salud Público; el 58,3 % tienen un nivel de conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou y el 79,5 % de las mujeres practican inadecuadamente la prueba del Papanicolaou. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el factor nivel de conocimiento y la práctica de la prueba de Papanicolaou ($P= 0,007 < \alpha=0.05$). No se encontró relación estadística entre los factores edad ($P= 0,186 > \alpha = 0,05$), estado civil ($P= 0,094 > \alpha = 0,05$), grado de instrucción ($P= 0,477 > \alpha = 0,05$), ingreso económico ($P= 0,496 > \alpha = 0,05$) y accesibilidad a los servicios de salud ($P = 0,510 > \alpha = 0,05$). (7)

En Chile el año 2015 se publica los resultados sobre un estudio exploratorio del impacto del alfabetismo funcional sobre conductas sanitarias deficientes a nivel poblacional, en los antecedentes se menciona que la alfabetización en salud es el conjunto de habilidades que constituyen la capacidad de realizar tareas de lectura y numéricas para funcionar en el entorno de atención de la salud. Las personas con analfabetismo funcional son incapaces de entender los documentos escritos y por lo tanto la información

sanitaria. El objetivo del estudio fue: Explorar los efectos del analfabetismo funcional en los comportamientos de salud personal en Chile. el estudio se basó en la Encuesta de Caracterización Social de Chile de 2006, los encuestados fueron separados en los que habían leído un libro en el último año y los que no tenían como variable proxy para la alfabetización funcional. Con el uso de modelos econométricos, se exploró el impacto de esta variable en el frotis de Papanicolaou (PAP) y la consulta en clínicas de salud primaria en lugar de en servicios de emergencia. Resultados: La encuesta es nacionalmente representativa, y el 76% de los entrevistados declaró no haber leído un libro en el último año. La probabilidad de tener un frotis de PAP realizado durante los últimos tres años fue mayor entre las mujeres que habían leído un libro con un OR de 1,19 (1,15-1,25). Asimismo, la probabilidad de consultar en servicios de emergencia en lugar de en clínicas de salud primaria fue menor entre los que habían leído un libro con un OR de 0,85 (0,80-0,91). Conclusiones: Este estudio proporciona evidencia de los posibles impactos de la baja alfabetización funcional en los comportamientos de salud en la población chilena (8).

Alcance del estudio

Es importante mencionar que no se considera el alcance como “tipo” de investigación, ya que, más que ser una clasificación, constituye un continuo de “causalidad” en el estudio (17)

En ese sentido el nivel o alcance del estudio es descriptivo correlacional porque primeramente se analizan las características sociodemográficas, el conocimiento la actitud y la práctica. Luego se analiza la relación entre estas variables

7. Hipótesis

H_0 = No existe asociación entre conocimiento, características socio demográfico y práctica sobre el Papanicolau en mujeres y hombres de Yolosa en el cuarto trimestre del año 2017.

H_1 = Existe asociación entre conocimiento, características socio demográfico y práctica sobre el papanicolau en mujeres y hombres de Yolosa en el cuarto trimestre del año 2017

8. Objetivos

8.1 Objetivo general

Medir el conocimiento, características socio demográfico y práctica sobre el papanicolau en mujeres y hombres de Yolosa en el cuarto trimestre del año 2017

8.2 Objetivos específicos

- Describir las características demográficas y sociales de las mujeres y hombres en estudio.
- Identificar el grado de conocimiento de mujeres y hombres sobre el Cáncer Cervico Uterino su diagnóstico y prevención.
- Identificar las acciones de mujeres y hombres para la demanda de realización de Papanicolau
- Determinar la relación entre las decisiones para la demanda de Papanicolau con factores sociodemográficos.

9. Diseño de investigación

9.1. Tipo de estudio

Cada etapa del proceso de investigación provee de elementos que sirven para la caracterización del tipo de estudio lo cual da la coherencia a todo el diseño (18)

- En el estudio se incluyen hechos o variables que se pueden contar, enumerar, etc. no se tomaron en cuenta aspectos de percepción u opinión sobre las variables del tema de investigación, por lo que el enfoque del estudio es cuantitativo
- El nivel de investigación es descriptivo correlacional porque primeramente se analizan las variables en forma individualizada, sin buscar la asociación o relación entre ellas como las características sociodemográficas, el conocimiento la actitud y la práctica. Luego se analiza la relación entre las características sociodemográficas con el conocimiento la actitud y la práctica sobre el Papanicolau.
- El estudio es prospectivo ya que se basa en datos registrados en un periodo posterior a la elaboración de este proyecto de investigación
- Respecto al número de medidas realizadas, el estudio aplicó las medidas correspondientes en un solo periodo de tiempo continuo por lo que el estudio es de tipo transeccional.
- Finalmente es una investigación no experimental ya que, se trata de un estudio donde no hacemos variar en forma intencional algunas variables para ver su efecto en otras.

9.2. Universo

Son todas las mujeres mayores de 15 años casadas o que vivan en unión estable al momento del estudio.

9.3. Criterios de Selección

La muestra se obtiene de la población de estudio, por lo que debe recordarse que las conclusiones extraídas de la muestra son generalizables a esta población y no al universo (19) y para delimitar esta población de estudio es necesario definir los criterios de selección de unidades de análisis.

9.3.1. Criterios de inclusión.

Mujeres y hombres:

- Mayores de 15 años de edad y menores de 65 años
- Con residencia permanente (más de 2 años) en Yolosa
- Casadas (os) o que vivan en unión estable al momento del estudio.
- Que aceptan ser parte del estudio

9.3.2. Criterios de exclusión.

Mujeres y hombres

- Menores de 15 y mayores de 65 años
- Que no residan en Yolosa o que se encuentran temporalmente en Yolosa
- Que no estén casados o en unión estable

9.4. Unidad de análisis.

En base a los criterios de inclusión y de exclusión, la unidad de análisis está conformada por todas las mujeres y hombres mayores de 15 y menores de 65 años de edad con residencia permanente en Yolosa que sean casadas (os) o se encuentre en unión estable.

9.5. Población de estudio (diana).

Tomando en cuenta que la población de estudio es aquella sobre la cual se pretende que recaiga los resultados o conclusiones de la investigación (20), en nuestro caso de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión y a la unidad de análisis el tamaño de la población de estudio son 50 parejas población que radica permanente mente en Yolosa dato proporcionado por el centro de salud.

9.6. Muestra

Se determina el tamaño muestral con el fin de hacer inferencias a valores poblacionales, como se mencionó en el anterior punto la población de estudio está constituida por toda la población de 15 a 65 años de edad en la comunidad de Yolosa y se trabajará con toda esta población que tiene características particulares tanto a nivel demográfico epidemiológico y socioeconómico por lo que representa una población diferente a las otras comunidades de la región.

Por lo mencionado, por el tamaño de la población y por la buena accesibilidad a los datos se decide no obtener una muestra y trabajar con toda la población de estudio.

9.7. Procedimientos de recolección.

Para la aplicación de los instrumentos mediante la información que se cuenta en el centro de salud se seguirán los siguientes pasos:

- Solicitud de permiso a la dirección del centro de salud
- Solicitud de permiso y reunión con autoridades de la comunidad
- Revisión de los datos de la población en cuanto a edad y conformación del núcleo familiar en carpetas familiares
- Selección de las parejas que cumplen con los criterios de selección
- Elaboración de cronograma e itinerario en croquis
- Aplicación de la encuesta

9.8. Operacionalización de Variables

9.8.1 Operacionalización de variables del objetivo 1

Describir las características demográficas y sociales de las mujeres y hombres en estudio.

Variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento recolección de datos
Variable: Características demográficas	Edad en años	Población en Número y porcentaje por edad	<ul style="list-style-type: none"> • De 15 a 20 • De 21 a 30 • De 31 a 40 • De 41 a 50 • De 51 a 65 	Cuestionario
	Sexo	Población en Número y porcentaje por sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cuestionario
Características sociales	grado de instrucción	Población en Número y porcentaje por grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Universidad • Otros 	Cuestionario
	Estado civil	Población en Número y porcentaje por Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre • Separada • Viuda 	Cuestionario
	Años de casada o en unión	Población en Número y porcentaje por Años de casada o en unión	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • De 1 a 3 años • Más de 3 años 	Cuestionario
	Número de hijas (os)	Población en Número y porcentaje por Número de hijas (os)	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo hijos (as) • 1 hijo (a) • 2 hijos (as) • 3 hijos (as) • Más de 3 hijos (as) 	Cuestionario
	Ocupación	Población en Número y porcentaje por Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Administrativa • Profesional desocupada • Profesional con trabajo 	Cuestionario

9.8.2 Operacionalización de variables del objetivo 2

Identificar el grado de conocimiento de mujeres y hombres sobre el Cáncer Cervico Uterino su diagnóstico y prevención.

Variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento recolección de datos
CONOCIMIENTO sobre el Papanicolaou	Sabe cómo realizan el Papanicolaou	Número y proporción según conocimiento cómo realizan el Papanicolaou	• Conoce • No conoce	Cuestionario
	Sabe la frecuencia de PAP	Número y proporción según conocimiento la frecuencia de PAP	• Conoce • No conoce	Cuestionario
	Conoce que es el Papanicolaou y para qué sirve	Número y proporción según conocimiento que es el Papanicolaou y para qué sirve	• Conoce • No conoce	Cuestionario
	Sabe que es el cáncer de cuello uterino	Número y proporción según conocimiento que es el cáncer de cuello uterino	• Conoce • No conoce	Cuestionario
	Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino	Número y proporción según conocimiento sobre cómo se detecta el cáncer de cuello uterino	• Conoce • No conoce	Cuestionario
	Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino	Número y proporción según conocimiento sobre cómo se previene el cáncer de cuello uterino	• Conoce • No conoce	Cuestionario

9.8.3 Operacionalización de variables del objetivo 3

Identificar las acciones de mujeres y hombres para la demanda de realización de Papanicolau

Variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento recolección de datos
Acciones de mujeres para la demanda de realización de Papanicolau	Para su esposo es importante su salud	Número y proporción de mujeres según consideración de su esposo sobre importancia de su salud	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	No tiene que pedir permiso a su esposo para ir a una consulta médica con relación al Papanicolaou o un examen ginecológico	Número y proporción de mujeres según necesidad de permiso a su esposo para ir a una consulta médica con relación al Papanicolaou o un examen ginecológico	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	Su esposo no es quien decide para que se realice el Papanicolaou u otro control médico	Número y proporción según necesidad de decisión del esposo para que se realice el Papanicolaou u otro control médico	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	Alguna vez su esposo le incentivó a realizarse el Papanicolaou	Número y proporción de mujeres según incentivo a realizarse el Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS
	Alguna vez su esposo la acompañó en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou	Número y proporción de mujeres según acompañamiento del esposo a charla informativa sobre el Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
Acciones de hombres para la demanda de realización de Papanicolau	Es importante la salud de su esposa	Número y proporción de hombres según importancia que asigna a la salud de su esposa	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	Sabe en qué año se realizó el último Papanicolaou	Número y proporción de hombres según conocimiento de año en que se realizó el último Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	Alguna vez acompañó a su esposa en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou	Número y proporción de hombres según acompañamiento a su esposa en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	Sabe del resultado del último Papanicolaou	Número y proporción de hombres según conocimiento de resultado del último Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario
	Le acompañó a realizarse el Papanicolaou	Número y proporción de hombres según acompañamiento a realizarse el	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario

Variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento recolección de datos
		Papanicolaou		
	No decide para que su esposa se realice el Papanicolaou u otro control médico	Número y proporción de hombres según decisión de el para que su esposa se realice el Papanicolaou	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Cuestionario

9.8.4 Operacionalización de variables del objetivo 4

Determinar la relación entre las decisiones para la demanda de Papanicolaou con factores sociodemográficos.

Variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento recolección de datos
El esposo es quién toma la decisión para que se realice el PAP u otro control médico	Edad	Relación entre la decisión del esposo para realización de PAP según edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Estudios	Relación entre la decisión del esposo para realización de PAP según estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Estado civil	Relación entre la decisión del esposo para realización de PAP según estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS
	Años con esposo	Relación entre la decisión del esposo para realización de PAP según años con el esposo	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Ocupación	Relación entre la decisión del esposo para realización de PAP según ocupación	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
Para el esposo es importante la salud de la mujer	Edad	Relación entre la importancia que da el esposo a la salud de la mujer según edad	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Estudios	Relación entre la importancia que da el esposo a la salud de la mujer según Estudios	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Estado civil	Relación entre la importancia que da el esposo a la salud de la mujer según estado civil	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Años con esposo	Relación entre la importancia que da el esposo a la salud de la mujer según años con el esposo	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario
	Ocupación	Relación entre la importancia que da el esposo a la salud de la mujer según ocupación	• Cumple • No cumple OR Chi2 P valor	Cuestionario

9.9. Recolección de datos, fuentes, técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes fuentes de información, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Fuente de información	Técnica	Instrumento
Primaria	Encuesta	Cuestionario (Anexo 1)

Medición de conocimiento y práctica

- Consistió en preguntas cerradas sobre conocimiento y practica
- El contexto será de administración por la investigadora

Escalas de medición de actitudes

- Escalamiento tipo Likert en cinco opciones

9.10. Plan de análisis estadístico

Los datos se tabularán en Excel los cuales se importaron al paquete estadístico SPSS (versión 22) Se utilizará la estadística descriptiva, para la obtención de medidas de proporciones en variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión en variables cuantitativas.

En el análisis se emplearan valores de probabilidad matemática, expresados como porcentaje que resulta de la multiplicación de las fracciones por cien. De esta forma se midió la probabilidad de ocurrencia de los hechos investigados mediante un número entre cero y uno multiplicado por 100. (Un hecho que no puede ocurrir tiene una probabilidad de cero, y un evento cuya ocurrencia es segura tiene probabilidad de cien)

Una vez que se revisaron las principales medidas de frecuencia y distribución de los fenómenos, el siguiente paso fue la comparación de dichas medidas mediante el estadístico χ^2 y el "p" valor. Esta comparación es la estrategia básica del análisis y el paso fundamental para transformar los datos en información relevante. El p valor obtenido generalmente correspondió a la distribución ji cuadrada que es la técnica estadística utilizada con mayor frecuencia para la comparación y el análisis de conteo de datos de

frecuencias entre grupos, La situación más común en los servicios de salud es la comparación de dos proporciones (21).

$$X^2 = \sum_{i=1}^K \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Donde:

O_i = Es la frecuencia de los eventos observados en los datos muestrales

E_i = Es la frecuencia de los eventos esperados si no hubiera diferencia entre las proporciones que se comparan

K = Es el número de categorías o clase

Se obtendrá asimismo el p valor. Usualmente esta probabilidad se fija en 5% y se denota como $p < 0,05$. El complemento de esta probabilidad se llama nivel de confianza, en general, 95%. Para un nivel de confianza de 95%, el valor crítico del Chi Cuadrado (de acuerdo a una tabla de distribución teórica) es 3.84, que corresponde al llamado chi cuadrado con un grado de libertad, específico para tablas 2x2 (22).

9.11. Aspectos éticos de la investigación

Los requisitos éticos de una investigación en salud se resumen en la Declaración de Helsinki (23) algunos de los cuales se incluyen en esta investigación:

- **Mérito científico.** El párrafo 21 de la DdH estipula que la investigación médica en seres humanos debe estar justificada por bases científicas, los pasos para la realización de esta tesis se basan en el método científico que se reflejan en la secuencia de sus capítulos.
- **Valor social.** Uno de los requisitos más polémicos de un proyecto de investigación médica es que contribuya al bienestar de la sociedad. Los resultados de la investigación contribuirán al conocimiento de las variables del problema y por lo tanto se contarán con mayores

posibilidades de un abordaje más efectivo desde el sistema de salud. Al finalizar la investigación, ésta se pondrá a disposición del público en general y de la comunidad científica en particular.

- **Riesgos y beneficios.** El riesgo es el potencial de un resultado adverso (daño) por el nivel de estudio y por el tipo de diseño NO experimental no existen riesgos para los sujetos de estudio. La tesis es de nivel descriptivo correlacional, no se manipularon intencionalmente variables de las unidades de investigación sino más bien el estudio se basó en datos registrados durante un periodo anterior. Además debido a que se trata de un diseño retrospectivo, no existirán riesgos físicos y/o psicológicos, tampoco potencial invasión de la privacidad, riesgo de muerte y/o alteración de la calidad de vida ni daños a terceros.
- **Consentimiento informado.** Al ser el presente estudio retrospectivo, no se incluirá la participación directa de las pacientes, por tanto no requerirá la firma de un consentimiento informado, además para salvaguardar la confidencialidad no figurará en la ficha de recolección de datos los nombres de las pacientes, lo que permitirá la no identificación del mismo.
- **Confidencialidad.** Como regla general, la información debe hacerse anónima y debe almacenarse y transmitirse en forma segura. Esto significa, entre otras cosas, que el médico debe estar preparado para recomendar que el paciente no tome parte en un proyecto de investigación si está bien con el tratamiento actual. No se da a conocer los nombres de los pacientes ni en el proceso de elaboración de la tesis ni en los resultados

10. Resultados análisis y discusión

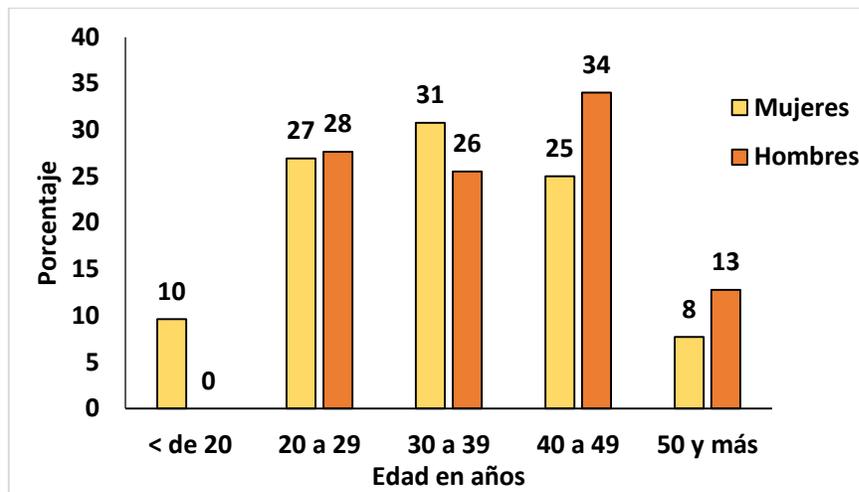
10.1. Características demográficas y sociales de la población estudiada

Tabla 1. Mujeres y hombres responsables de núcleo familiar según edad, Yolosa cuarto trimestre 2017

Edad en años	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< de 20	5	10	0	0	5	5
20 a 29	14	27	13	28	27	27
30 a 39	16	31	12	26	28	28
40 a 49	13	25	16	34	29	29
≥ 50	4	8	6	13	10	10
Total	52	100	47	100	99	100

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 1. Mujeres y cónyuges según edad, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

El promedio de edad en las mujeres fue de 34,8 años, en tanto que de los hombres fue de 37,9 años. Se puede observar que existe menores proporciones en los extremos inferior y superior de la edad y en el grupo de menores de 20 años existe un 10 % de mujeres pero un 0 % de hombres, lo cual refleja que las mujeres se casan o viven en unión desde más jóvenes. Las proporciones entre 20 y 49 años son similares.

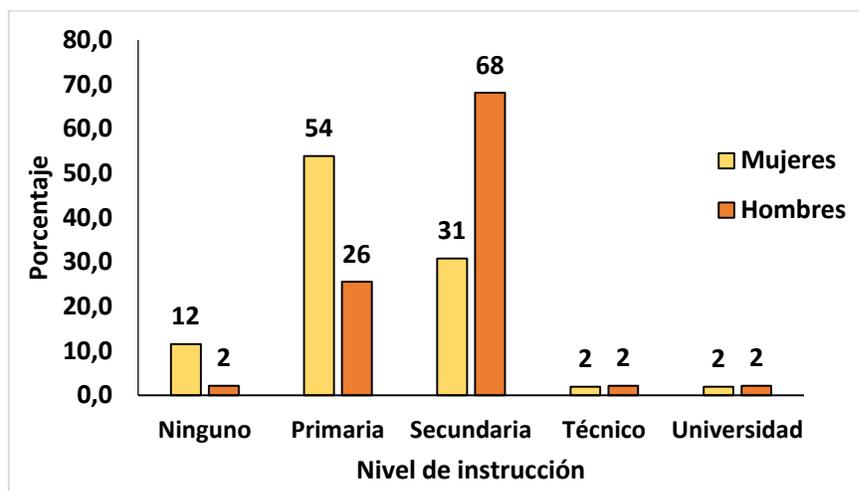
En Colombia se realizó un estudio que se publica el año 2016 para determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 12 Unidades de Salud Familiar (USF) de Bañado Sur-Asunción, periodo abril-octubre 2012. La edad promedio de las encuestadas fue 42 años (1) mayor que en nuestro estudio.

Tabla 2. Mujeres y conyugues según nivel de instrucción, Yolosa cuarto trimestre 2017

Nivel de instrucción	Mujeres		Hombres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	6	12	1	2	3	2
Primaria	28	54	12	26	39	26
Secundaria	16	31	32	68	104	68
Técnico	1	2	1	2	3	2
Universidad	1	2	1	2	3	2
Total	52	100	47	100	153	100

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 2. Mujeres y conyugues según nivel de instrucción, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

La distribución de mujeres y hombres según el nivel de instrucción refleja una situación de inequidad donde las mujeres alcanzan mayores proporciones en el estrato que no tiene ningún nivel de instrucción con un 12 % para mujeres y solo un 2 % para sus cónyuges.

Algo similar ocurre en el nivel primario donde se encuentra más de la mitad de las mujeres estudiadas con un 54 % en relación al 26 % de hombres que tienen este nivel, y en el nivel de secundaria la relación se invierte donde alcanza proporciones importantes los hombres con más de las dos terceras partes ya que el 68 % tiene nivel secundario en relación al 31 % de mujeres. Finalmente las proporciones tanto de mujeres como de hombres en el nivel técnico y profesional son muy bajas.

En el estudio mencionado de Colombia la población estudiada de mujeres en el 65% tuvieron educación básica y media, (1)

Tabla 3. Mujeres y cónyuges según sexo y nivel de instrucción, Yolosa cuarto trimestre 2017

Sexo	Estudios		Total	% hasta primaria
	Hasta primaria*	Superior a primaria**		
Femenino	34	18	52	65
masculino	13	34	47	28
Total	47	52	99	47

Chi² = 14,09 (p = 0,0002)

*Ningún estudio y primaria; **Secundaria, universidad, profesional

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

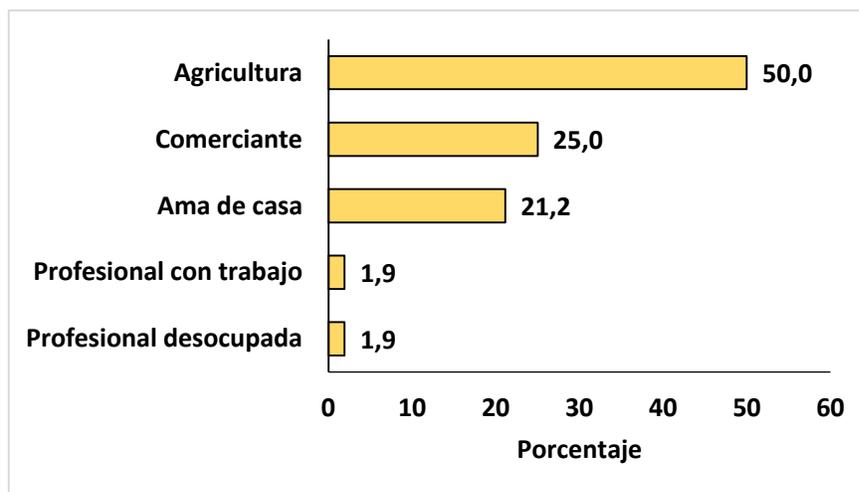
Dividiendo al grupo estudiado en dos grupos, los que no tienen ningún nivel de estudios o tienen nivel primario y los que tienen nivel secundario, técnico y profesional, se puede evidenciar que en el sexo femenino existe una mayor proporción de población que no tiene ningún nivel o solo tiene nivel primario con el 65 %, en tanto que esta proporción en los hombres es solo del 28 %, estas diferencias han sido estadísticamente significativas el 95 % de confiabilidad (p<0,05)

Tabla 4. Mujeres según ocupación y nivel de instrucción, Yolosa cuarto trimestre 2017

Ocupación mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Agricultura	26	50,0
Comerciante	13	25,0
Ama de casa	11	21,2
Profesional desocupada	1	1,9
Profesional con trabajo	1	1,9
Total	52	100,0

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 3. Mujeres según ocupación y nivel de instrucción, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Respecto a la ocupación de las mujeres, en primer lugar con la mitad de la población del sexo femenino estudiada se encuentra la agricultura como la ocupación más frecuente, esta ocupación suele ser en muchos casos de subsistencia y no como un trabajo que sea redituable. En segundo lugar y con el 25 % se encuentran las comerciantes ocupación de carácter generalmente informal y luego encontramos a las amas de casa con un 21,2

% que es la población dependiente económicamente del cónyuge o de otra fuente, y encontramos mínimas proporciones para las mujeres profesionales con menos del 2 %.

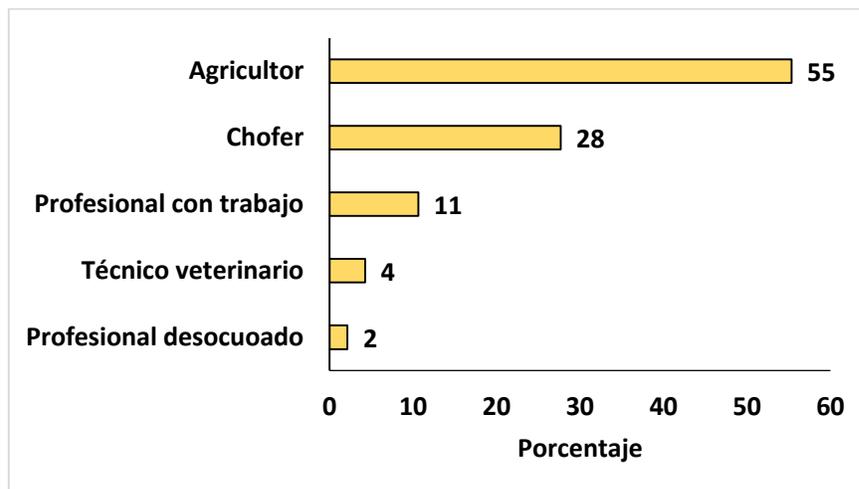
En Colombia en el estudio que mencionamos antes las encuestadas son en el 56% amas de casa. (1) Proporción mayor que en esta tesis

Tabla 5. Hombres según ocupación, Yolosa cuarto trimestre 2017

Ocupación hombres	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	26	55
Chofer	13	28
Profesional con trabajo	5	11
Técnico veterinario	2	4
Profesional desocupado	1	2
Total	47	100

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 4. Hombres según ocupación, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

En cuanto a la ocupación de los hombres se observa que más de la mitad son agricultores con el 55 %, existe una proporción importante de población

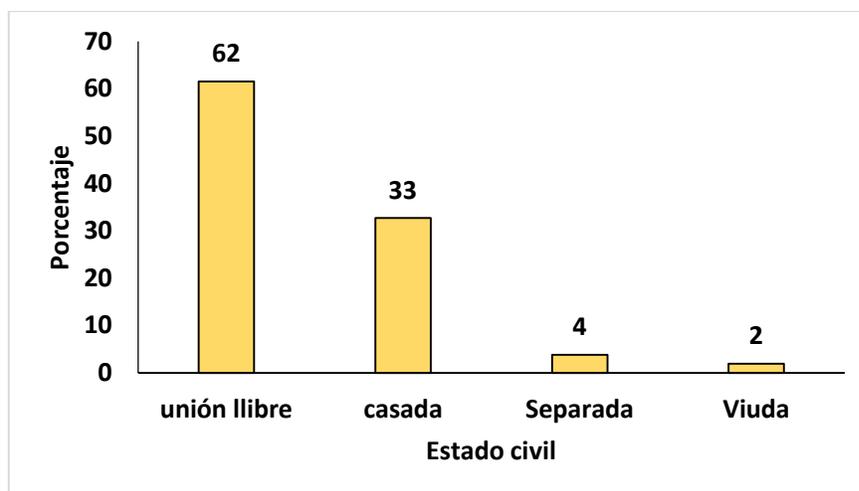
con la ocupación de chofer con un 28 %, y finalmente se puede observar que en los hombres existe una proporción considerable entre profesionales con trabajo con el 11 %, técnicos veterinarios con el 4 % y profesional desocupado con el 2 %. Entre hombres y mujeres se evidencia que existe una situación desfavorable para las mujeres donde se encuentra población dependiente económicamente y un mínimo de población profesional.

Tabla 6. Mujeres según estado civil, Yolosa cuarto trimestre 2017

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión libre	32	61,5
Casada	17	32,7
Separada	2	3,8
Viuda	1	1,9
Total	52	100,0

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 5. Mujeres y cónyuges según estado civil, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Las características de la población sobre el estado civil muestran que solo un tercio el 33 % de la población estudiada son casados, por lo tanto el 67 % no se encuentran casados, sin embargo se puede observar que el 62 % se encuentran conviviendo en unión libre, los compromisos y las obligaciones al

margen de la estabilidad que pueda existir en las familias, es mayor cuando existe un vínculo legal entre los cónyuges, particularmente en parejas jóvenes donde la mujer es dependiente económicamente.

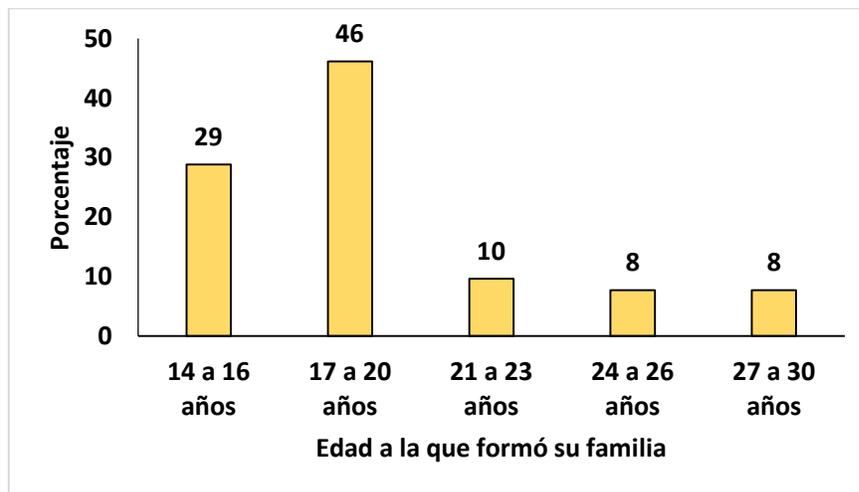
El estado civil en el estudio de Colombia menciona que la mayoría en unión libre o casadas (70%) (1) similar al resultado encontrado en esta investigación

Tabla 7. Mujeres y cónyuges según edad a la que formo su familia, Yolosa cuarto trimestre 2017

A qué edad formo su familia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
14 a 16 años	15	29	29
17 a 20 años	24	46	75
21 a 23 años	5	10	85
24 a 26 años	4	8	92
27 a 30 años	4	8	100
Total	52	100	

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 6. Mujeres y cónyuges según edad a la que formo su familia, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

La edad de la población a partir de la que deciden formar una familia es muy joven ya que casi un tercio de la población el 29 % se casa o se une a su

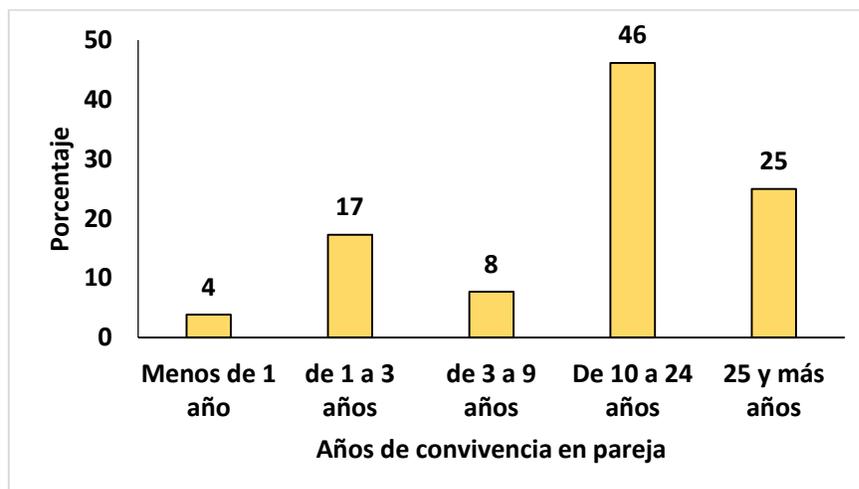
pareja entre los 14 y 16 años de edad, y una proporción mucho más grande lo hace entre los 17 a 20 años de edad, por lo que se puede afirmar que el 75 % de la población son casados o se encuentran en unión durante la adolescencia lo cual conlleva en primer lugar riesgos obstétricos y luego riesgos económicos por las oportunidades laborales para esta población.

Tabla 8. Mujeres responsables de núcleo familiar según años de convivencia en pareja, Yolosa cuarto trimestre 2017

Cuantos años convive en pareja	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 año	2	4	4
de 1 a 3 años	9	17	21
de 3 a 9 años	4	8	29
De 10 a 24 años	24	46	75
25 y más años	13	25	100
Total	52	100	

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 7. Mujeres según años de convivencia en pareja, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

La proporción de parejas que se encuentran conviviendo hasta 10 años es baja ya que en total suma el 29 %, un 4 % menos de 1 año, un 17 % entre 1

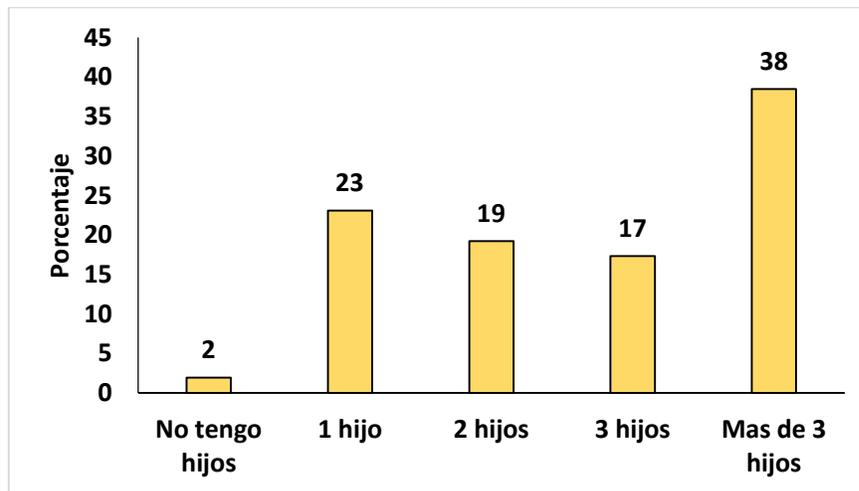
y 3 años y un 8 % entre 3 y 9 años. La mayor proporción son aquellas parejas que ya conviven por más de 10 años con un 46 % entre 10 y 24 años y un 25 % por un tiempo mayor a los 25 años, esta distribución muestra que el estado conyugal en las familias es estable.

Tabla 9. Mujeres según número de hijos (as), Yolosa cuarto trimestre 2017

Cuántos hijos (as) tiene	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No tengo hijos	1	2	2
1 hijo	12	23	25
2 hijos	10	19	44
3 hijos	9	17	62
Más de 3 hijos	20	38	100
Total	52	100	

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 8. Mujeres según número de hijos (as), Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Existe una mínima proporción de parejas que no tienen hijos con solo el 2 % respecto a la población total, las proporciones con un, dos y tres hijos son similares, y la mayor proporción se encuentra en aquellas parejas que tienen más de 3 hijos, que es justamente la población con mayor riesgo obstétrico y también como una causa de riesgo para cáncer cervico uterino.

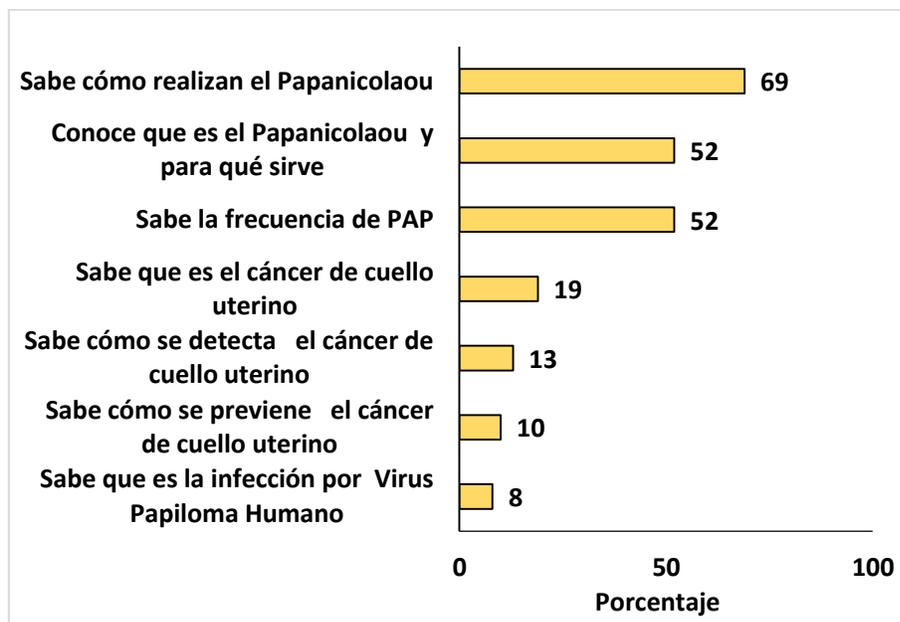
10.2. Grado de conocimiento y fuente de información sobre el PAP y Cáncer Cervico Uterino.

Tabla 10. Mujeres según conocimiento sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017

Conocimiento sobre PAP y Cáncer cervico uterino en mujeres	N°	%
Sabe cómo realizan el Papanicolaou	36	69
Sabe la frecuencia de PAP	27	52
Conoce que es el Papanicolaou y para qué sirve	27	52
Sabe que es el cáncer de cuello uterino	10	19
Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino	7	13
Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino	5	10
Sabe usted que es la infección por el Virus del Papiloma Humano	4	8

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 9. Mujeres según conocimiento sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Como se puede observar en los ítems en los que existe una alta proporción de conocimiento son aquellos relacionados con el conocimiento de cómo se

realiza el Papanicolau, con un 69 % la frecuencia del PAP con un 52 %, sin embargo los ítems que se conocen en mínimas proporciones son aquellos relacionados a la prevención del cáncer cervicouterino ya que solo el 10 % dice conocer como se lo previene y solo un 8 % conoce que es la infección por el VPH.

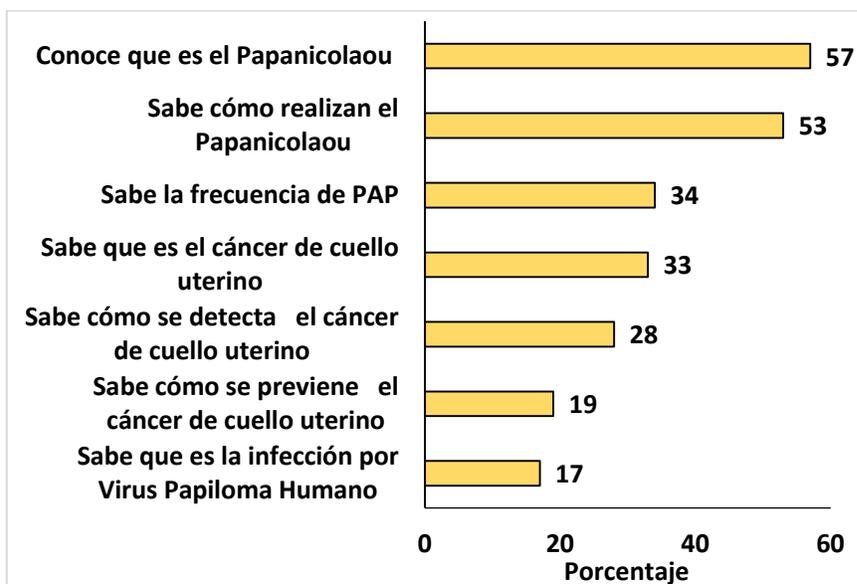
El nivel de conocimiento en un estudio realizado en Colombia sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino el 78% escuchó hablar sobre cáncer de cuello uterino, El 10% de las encuestadas conoce el VPH y lo relaciona con la enfermedad, 90 % escuchó hablar sobre la prueba de Papanicolaou, el 27 % de ellas sabe en qué consiste (1)

Tabla 11. Hombres según conocimiento sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017

Conocimiento sobre PAP y Cáncer cervico uterino en hombres	N°	%
Conoce que es el Papanicolaou y para qué sirve	27	57
Sabe cómo realizan el Papanicolaou	25	53
Sabe la frecuencia de PAP	16	34
Sabe que es el cáncer de cuello uterino	15	33
Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino	13	28
Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino	9	19
Sabe que es la infección por Virus Papiloma Humano	8	17

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 10. Hombres según conocimiento sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

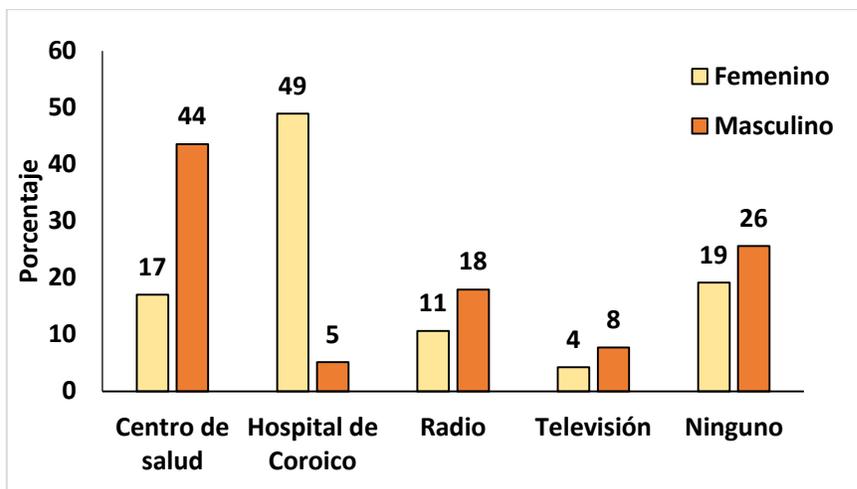
La relación que se observa es similar a la encontrada en las mujeres ya que los ítems que se conocen más son aquellos de significado del Papanicolaou con el 57 %, sobre cómo se realiza el Papanicolaou con el 53 % la frecuencia del PAP con el 34 %, pero igualmente en menores proporciones se encuentran aquellos ítems sobre prevención del cáncer cervicouterino con el 19 %, sin embargo se evidencia que estas proporciones sobre prevención son ligeramente mayores en los hombres que en las mujeres.

Tabla 12. Hombres y mujeres responsables de núcleo familiar según fuente de información sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017

Fuente de información	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hospital Coroico	23	49	2	5	25	29
Centro de salud	8	17	17	44	25	29
Radio	5	11	7	18	12	14
Televisión	2	4	3	8	5	6
Ninguno	9	19	10	26	19	22
Total	47	100	39	100	86	100

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 11. Mujeres y cónyuges según fuente de información sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

La fuente de información en cuanto a establecimientos de salud incluye el centro de salud ubicado en Yolosa y el hospital de Coroico que se encuentra distante de Yolosa.

Se observa que el centro de salud es fuente de información sobre Papanicolau y cáncer cervicouterino en mayor proporción para hombres con el 44 % que para mujeres con el 17 %, lo inverso ocurre con el hospital de Coroico que se constituye en la fuente de información en mayor proporción para mujeres con el 49 % y solo con el 5 % para hombres estos resultados también reflejan que la demanda de servicios en salud probablemente se realice directamente en el hospital y no en el centro de salud. La radio y la televisión son fuentes en mayor proporción para hombres que para mujeres pero en menores proporciones en relación al centro de salud y al hospital.

Tabla 13. Mujeres y cónyuges, según conocimiento sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017

Componentes	% de conocimiento		Chi 2	p
	Mujeres (N=52)	Hombres (N=47)		
Sabe cómo realizan el Papanicolaou	69	53	2,69	0,10
Sabe la frecuencia de PAP	52	34	3,21	0,07
Conoce que es y para qué sirve el Papanicolaou	52	57	0,30	0,58
Sabe que es el cáncer de cuello uterino	19	33	2,51	0,11
Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino	13	28	3,09	0,08
Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino	10	19	1,85	0,17
Sabe que es la infección por Virus del Papiloma Humano	8	17	2,02	0,16

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

En la relación entre el conocimiento y el sexo de la población estudiada se observa que las mujeres conocen en mayor proporción como se realiza y cuál es la frecuencia del Papanicolau. En el resto de los ítems, para que sirve, que es el cáncer cervicouterino, como se lo detecta, como se previene y sobre la infección del VPH los hombres son los que en mayor proporción conocen estos aspectos Sin embargo ninguna de estas diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 14. Mujeres y cónyuges según Fuente de información sobre PAP y cáncer Cérvico uterino, Yolosa cuarto trimestre 2017

Sexo	Fuente de información		Total	% de información en el centro de salud
	Centro de Salud	Otras fuentes		
Femenino	8	39	47	17
masculino	17	22	39	44
Total	25	61	86	29

Chi² = 7,30 (p = 0,01)

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Como se vio anteriormente las diferencias de fuente de información para mujeres y hombres son diferentes en cuanto a los establecimientos de salud, en la tabla 11 se aprecia que el 17 % de las mujeres acude al centro de salud en relación a los hombres que reciben información en un 44 % de este establecimiento.

Desde un punto de vista de promoción para la salud corresponde al establecimiento de primer nivel (el de Yolosa) brindar información y promover actividades de educación para la salud en este caso sobre Papanicolau y cáncer cervicouterino. Por alguna razón las mujeres deciden acudir directamente al hospital de Coroico para informarse sobre este problema en salud.

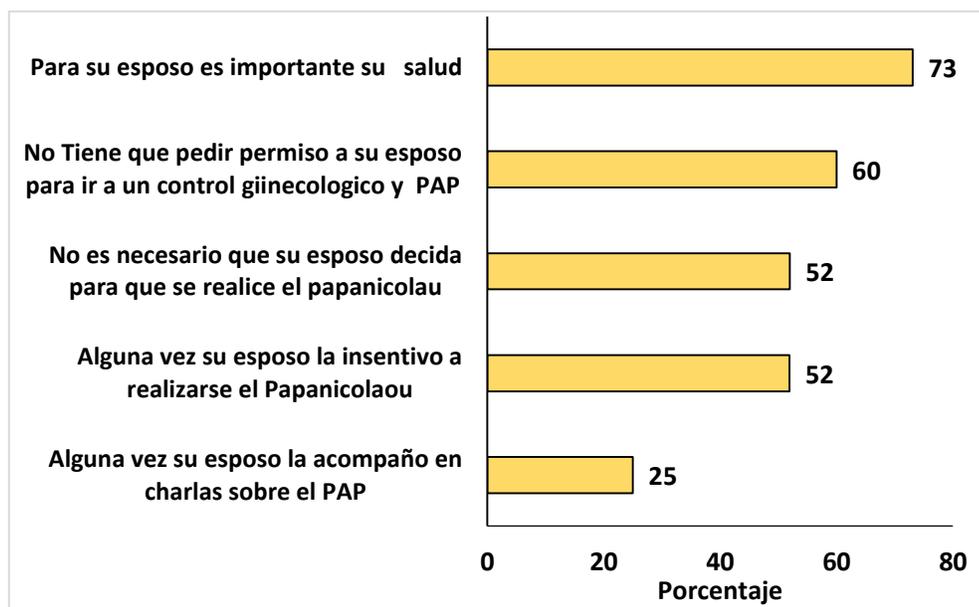
10.3. Acciones para la demanda de realización de Papanicolau.

Tabla 15. Mujeres, según acciones para la demanda de servicios en PAP, Yolosa cuarto trimestre 2017

Acciones para la demanda de atención en PAP	N°	%
Para su esposo es importante su salud	38	73
No tiene que pedir permiso a su esposo para ir a una consulta médica con relación al Papanicolaou o un examen ginecológico	31	60
Su esposo no es quien decide para que se realice el Papanicolaou u otro control médico	27	52
Alguna vez su esposo le incentivó a realizarse el Papanicolaou	27	52
Alguna vez su esposo la acompañó en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou	13	25

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 12. Mujeres, según acciones para la demanda de servicios en PAP, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

La mayor proporción de los ítems se encuentra ocupada por la importancia de la salud de la mujer que asigna el esposo, la encuestada también refiere que no tiene que pedir permiso a su esposo para realizarse un control ginecológico en un 60 %, con menor proporción se encuentra la situación en

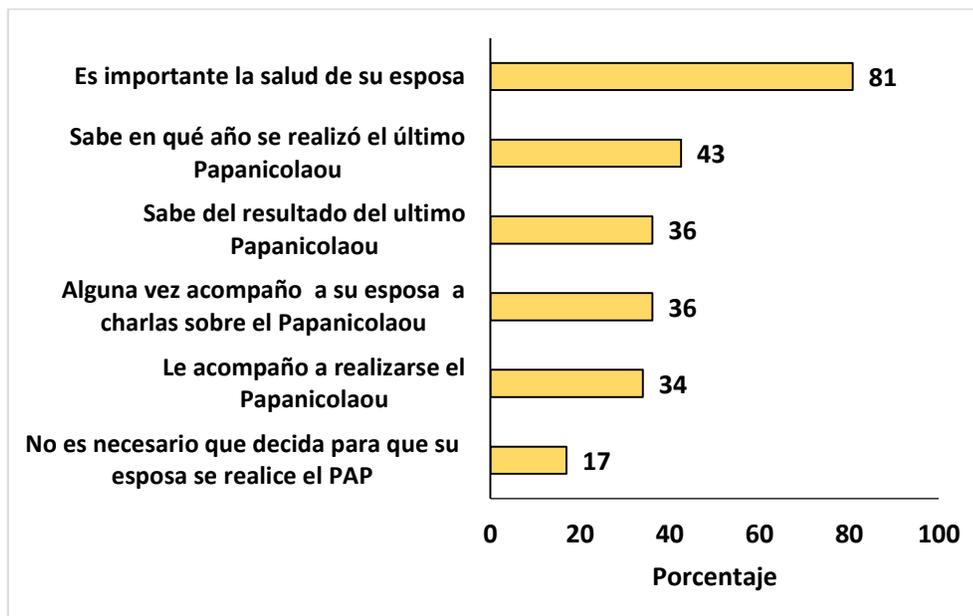
la que el esposo no decide si ella se hace un Papanicolau con el 52 % y en menores proporciones se encuentran el incentivo del esposo para que se realice un Papanicolau y el acompañamiento a actividades de información, con el 52 y el 25 % respectivamente.

Tabla 16. Hombres según acciones para la demanda de servicios en PAP, Yolosa cuarto trimestre 2017

Acciones para la demanda de atención en PAP	N°	%
Es importante la salud de su esposa	38	81
Sabe en qué año se realizó el último Papanicolaou	20	43
Alguna vez acompañó a su esposa en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou	17	36
Sabe del resultado del último Papanicolaou	17	36
Le acompañó a realizarse el Papanicolaou	16	34
No decide para que su esposa se realice el Papanicolaou u otro control médico	8	17

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Gráfico 13. Hombres según acciones para la demanda de servicios en PAP, Yolosa cuarto trimestre 2017



Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

La proporción sobre la asignación de importancia a la salud de la mujer es similar en el caso de los hombres ya que el 80 % dice que es importante, sin embargo todos los otros ítems se encuentran por debajo del 50 % y existe una discordancia en el ítem que consulta si es necesario que el decida para que su esposa se realice un Papanicolau ya que en este caso ocupa el 17 % y en el caso de las mujeres refieren que no es necesario en un 52 %.

10.4. Relación entre las decisiones para la demanda de Papanicolau con factores sociodemográficos.

Tabla 17. Decisión del esposo para la realización del PAP y factores sociodemográficos, Yolosa cuarto trimestre 2017

Factores	El esposo es quién toma la decisión para que se realice el PAP u otro control médico	Chi2	p
Edad	< 40 años = 49 % ≥ 40 años = 47 %	0,01	0,92
Estudios	Ninguno y primaria = 50 % Secundaria y universidad = 44 %	0,15	0,70
Estado civil	Casada = 71 % Unión libre = 38 %	4,86	0,03
Años con esposo	Hasta 3 años = 18 % Mayor a 3 años = 56 %	4,99	0,03
Ocupación	Ama de casa y agricultura = 49 % Comerciantes, profesionales = 47 %	0,02	0,90
N° de hijos	Hasta 3 hijos = 47 % Más de 3 hijos = 50 %	0,05	0,83

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Se incluye el ítem sobre si es el esposo quién toma la decisión para que se realice el PAP u otro control médico, y se observa que respecto a la edad, al nivel de estudios a la ocupación y al número de hijos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo para el estado civil se observa que el esposo toma la decisión para que la mujer se realice (o no se realice) el Papanicolau en las casadas en un 38 % y en las que se encuentran conviviendo en unión libre solo en el 38 %, estas diferencias si fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

Asimismo en los años de convivencia con el esposo se observa que en las mujeres que convivieron 3 años o menos el esposo decide si se realiza el Papanicolau en el 18 %, en tanto que en las mujeres que se encuentran conviviendo más de e3 años el esposo decide en el 56 % siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

Un estudio en México publicado el año 2018 para identificar los factores socioculturales que interfieren en la realización del Papanicolaou en esposas de una comunidad indígena del municipio de Santo Tomás de Tenosique de Pino Suárez, Tabasco. El Papanicolaou nunca se ha realizado por motivos de falta de interés, por la influencia de la pareja y por desconocimiento del propósito de realizarse el procedimiento de forma periódica (2)

Se realizó este estudio con el propósito de Indagar los factores y causas que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa, que asisten al sector N°1, puesto de salud Wuppertal, Matagalpa, (Nicaragua) año 2015. Las mujeres que no se realizan el Papanicolaou la mayoría se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años, viven en unión estable, en el área urbana, gozan de buena salud, con escolaridad de primaria incompleta, gran parte no sufren de violencia intrafamiliar, viven en pobreza, amas de casa y pertenecen a la religión evangélica. (3)

Tabla 18. Importancia de la salud de la mujer para el esposo y factores sociodemográficos, Yolosa cuarto trimestre 2017

Factores	Para el esposo es importante la salud de la mujer	Chi2	p
Edad	< 40 años 77 % ≥ 40 años 65 %	0,90	0,34
Estudios	Ninguno y primaria = 76 % Secundaria, universidad = 67 %	0,57	0,45
Estado civil	Casada = 88 % Unión libre = 69 %	2,28	0,13
Ocupación	Ama de casa y agricultura = 65 % Comerciantes, profesionales = 93 %	4,40	0,04
Años con su esposo	Hasta 3 años = 64 % Mayor a 3 años = 76 %	0,63	0,46
N° de hijos	Hasta 3 hijos = 72 % Más de 3 hijos = 75 %	0,06	0,80

Fuente: Encuesta cuestionario, Yolosa, 2017

Para el análisis de asociación se incluye el ítem sobre si para el esposo es importante la salud de la mujer y en este caso se observa que en cuanto a la edad, estudios, estado civil, años de convivencia con el esposo y al número de hijos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En el análisis de los resultados respecto a la ocupación se evidencia que en el grupo de mujeres que son amas de casa y realizan trabajo de agricultura su salud es importante para el esposo en el 65 %, en tanto que para las mujeres que son comerciantes y profesionales su salud es importante para sus esposos en el 93 %, estas diferencias fueron estadísticamente significativas al 95 % de confiabilidad estadística ($p < 0,05$)

11. Conclusiones y recomendaciones

11.1. Conclusiones

- Existe inequidad de género en el acceso a la educación formal ya que la población de mujeres se ve desfavorecida ya que existen altas proporciones de mujeres sin educación o solo con nivel primario no así en el sexo masculino.
- Existe una muy alta proporción de la población que se casa o se encuentra en unión durante la adolescencia.
- La población que conoce el cáncer cervicouterino y como se realiza el Papanicolau es alta, pero la proporción de la población que conoce cómo se previene el cáncer cervicouterino es muy baja.
- Existe una alta proporción de mujeres con más de tres hijos lo cual refleja que las tasas de fecundidad son aun altas en la comunidad lo cual contribuye a incrementar el riesgo obstétrico y el cáncer cervico uterino.
- La mayoría de las mujeres no acceden a la información sobre cáncer cervicouterino a nivel local, en el centro de salud donde corresponde si no en el hospital de Coroico, lo que refleja una falta de organización en actividades de promoción de la salud.
- En las parejas que se encuentran en unión libre (que no están casadas) y que están en los 3 primeros años de convivencia no influye mayormente la decisión del esposo para que se realice o no el Papanicolau.
- El estatus laboral de las mujeres influye para que los esposos consideren importante su salud

11.2. Recomendaciones

- Promover el análisis de indicadores de equidad de género en el acceso a la educación formal y analizar estrategias para un mayor acceso de las mujeres al sistema de educación.
- Analizar indicadores demográficos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes en Yolosa desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, ya que la proporción de adolescentes que son casadas o se encuentran en unión es muy alta
- Evaluar los programas de promoción de la salud particularmente en salud reproductiva y cáncer cervicouterino en la política SAFCI en el sistema de salud en Yolosa, ya que por ejemplo los resultados sobre multiparidad y conocimiento sobre prevención de cáncer cervicouterino son críticos.
- Diseñar estrategias de información y educación para las parejas priorizando a las que conviven más de tres años.
- Difundir los resultados en el sistema de salud para analizar y diseñar estrategias de educación sobre prevención de cáncer cervicouterino

Referencia Bibliografía

1. CDCespanol. Concientización sobre el cáncer de cuello uterino [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2017 [citado 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://wwwdev.cdc.gov/spanish/especialescdc/cancercervical/index.html>
2. OMS | Cribado del cáncer del cuello del útero [Internet]. WHO. [citado 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/es/>
3. OMS | Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. WHO. [citado 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
4. Cáncer de Cuello Úterino | UNFPA Bolivia [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://bolivia.unfpa.org/content/cancer-de-cuello-uterino>
5. Palmar-Santos AM. Métodos educativos en salud. 1.^a ed. Vol. 1. España: ELSEVIER; 2014. 1-20 p.
6. U.N.F.P.A. Bolivia. UNFPA América Latina y el Caribe | Derechos Sexuales y Reproductivos: Imperativo para Salvar Vidas [Internet]. [citado 3 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/es/noticias/derechos-sexuales-y-reproductivos-imperativo-para-salvar-vidas>
7. OMS. WHO | Defining sexual health [Internet]. 2014 [citado 4 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/
8. Ipas Bolivia: Informe en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos en Bolivia a la CEDAW desde la sociedad civil [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://ipasbolivia.blogspot.com/2015/03/informe-en-el-area-de-salud-y-derechos.html>
9. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JL, Halvorson LM, Bradshaw KD. Williams Ginecología. 2.^a ed. Vol. 1. España: McGraw-Hill Interamericana editores, S. A. de C. V.; 2014. 731-768 p.

10. Decherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento gineco obstetricos. 11.^a ed. Vol. 1. Mexico: Mc Graw Hill; 2013.807-831 p.
11. Igualdad entre los géneros | UNFPA - United Nations Population Fund [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/es/igualdad-entre-los-g%C3%A9neros>
12. Vasconcelos CTM, Cunha D de FF, Coelho CF, Pinheiro AKB, Sawada NO, Vasconcelos CTM, et al. Factors related to failure to attend the consultation to receive the results of the Pap smear test. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. junio de 2014 [citado 11 de septiembre de 2017];22(3):401-7. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692014000300401&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Rengifo-Gutiérrez M, Shuña-Ramírez J, Torres-Iñipe N, Silva-Acosta Z. Nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y prácticas preventivas en mujeres de la ciudad de Nauta. Conoc Amaz [Internet]. 21 de marzo de 2016 [citado 11 de septiembre de 2017];4(1):59-62. Disponible en: <http://revistas.unapiquitos.edu.pe/index.php/Conocimientoamazonico/articulo/view/98>
14. Oliva Hanke C. Nivel de conocimiento, actitud y práctica en la realización del exámen de papanicolaou en mujeres mayores de 15 años que asisitieron al consultorio externo de ginecología del Hospital San José en los meses de julio y agosto del 2015. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016 [citado 11 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe//handle/urp/569>
15. Mori A, Dashenka M, Rodríguez T, Almendra S, Rivas I, Carmen MD. Factores asociados a la práctica de la prueba de papanicolaou en mujeres del AA.HH. Cabo Lopez Iquitos 2015. Univ Nac Amaz Peru [Internet]. 2015 [citado 11 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3951>
16. Russo M. Estudio exploratorio del impacto del alfabetismo funcional sobre conductas sanitarias deficientes a nivel poblacional. Rev Médica Chile [Internet]. julio de 2015 [citado 11 de septiembre de 2017];143(7):856-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872015000700005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

17. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MDP. Metodología de la investigación. 6.^a ed. Vol. 1. México: Mc Graw Hill; 2014. 118-169 p.
18. Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la investigación OMS [Internet]. 2.^a ed. Washington DC E.U.A.: PALTEX - OPS; 1994 [citado 18 de febrero de 2017]. 94 p. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
19. Pastor-Barriuso R. Bioestadística. Vol. 1. Madrid, España: CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA – Instituto de Salud Carlos III; 2012. 41-2 p.
20. Jimenes Paneque R. Metodología de la investigación, elementos básicos para la investigación clínica. Vol. 1. Habana Cuba: Representación en Cuba de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 1998. 43-50 p.
21. Daniel Wayne W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 5.^a ed. Vol. 1. México: Limusa; 2002. 3-390 p.
22. Castillo Salgado C, Mujica OJ, Loyoloa E, Canela J. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2.^a ed. Washington D.C. E.U.A.; 59-63 p. (Organización Panamericana de la Salud CONTROL - Enfermedades; vol. 3 Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población).
23. Williams JR. Manual de ética médica. 3.^a ed. Vol. 1. Francia: Asociación Médica Mundial; 2015. 95-110 p.

Anexo 1.

Encuesta y códigos para su tabulación

Códigos para su tabulación

ITEMS	INSTRUCCIONES / CODIGOS	OBSERVACIONES
ID	Número correlativo	Mujeres y hombres
Código	Código de pares	Mujeres y hombres
Sexo	1. Femenino 2. Masculino	Mujeres y hombres
1. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos)	Anote la edad en años	Mujeres y hombres
2. ¿Cuál es su grado de instrucción?	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Universidad 5. No estudie	Mujeres y hombres
3. ¿Cuál es su estado civil?	1. Casada 2. Unión libre 3. Separada 4. Viuda 5. Soltera	Mujeres y hombres
4. ¿Cuál es su ocupación?	1. Ama de casa 2. Agricultora 3. Comerciante 4. Profesional desocupada 5. Profesional con trabajo	Mujeres
5. ¿Cuál es su ocupación? (HOMBRES)	1. Agricultor 2. Técnico veterinario 3. Chofer 4. Profesional desocupado 5. Profesional con trabajo	Hombres

ITEMS	INSTRUCCIONES / CODIGOS	OBSERVACIONES
6. ¿A qué edad formo su familia?	1. De 14 a 16 años 2. De 17 a 20 años 3. De 21 a 23 años 4. De 24 a 26 años 5. De 27 a 30 años	Mujeres y hombres
7. ¿Cuántos años ya convive con su esposo?	1. Menos de 1 año 2. De 1 a 3 años 3. De 3 a 9 años 4. De 10 a 24 años 5. 25 años y más	Mujeres y hombres
8. ¿Cuántos hijos (as) tiene y viven?	1. No tengo hijos (as) 2. 1 hijo (a) 3. 2 hijos (as) 4. 3 hijos (as) 5. Más de 3 hijos (as)	Mujeres
9. ¿Sabe que es el cáncer de cuello uterino?	1. Si 2. No	Mujeres y hombres
10. ¿Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino?	1. Si 2. No	Mujeres y hombres
11. ¿Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino?	1. Si 2. No	Mujeres y hombres
12. ¿Conoce que es el Papanicolaou y para qué sirve?	1. Si 2. No	Mujeres y hombres
13. ¿En caso de que SI donde se informó?	1. Centro de salud 2. Hospital de Coroico 3. Radio 4. Televisión 5. Ninguno	Mujeres y hombres
14. ¿Sabe cómo realizan el Papanicolaou?	1. Si 2. No	Mujeres y hombres
15. ¿Sabe cada que tiempo debe realizarse el Papanicolaou?	1. Cada mes 2. Cada seis meses 3. Cada año 4. No debe realizarse 5. No se	Mujeres y hombres
16. ¿Sabe cuándo y quienes deben realizarse el Papanicolaou?	1. Si 2. No	Mujeres

ITEMS	INSTRUCCIONES / CODIGOS	OBSERVACIONES
17. ¿Sabe usted que es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)?	1. Si 2. No	
18. ¿Usted tiene que pedir permiso a su esposo para ir a una consulta médica con relación al Papanicolaou o un examen ginecológico?	1. Si a veces 2. Siempre	Mujeres
19. ¿Su esposo es quién toma la decisión para que usted se realice el Papanicolaou u otro control médico?	1. Si 2. No	Mujeres
20. ¿Alguna vez su esposo le acompañó a alguna charla informativa sobre el Papanicolaou?	1. Si 2. No	Mujeres
21. ¿Para su esposo es importante su salud?	1. Si 2. No	Mujeres
22. ¿Alguna vez su esposo le insentivo a realizarse el Papanicolaou?	1. Si 2. No	Mujeres
23. ¿Para usted es importante la salud de su esposa?	1. Si 2. No	Hombres
24. ¿Usted es quien decide para que su esposa realice el Papanicolaou u otro control médico?	1. Si 2. No	Hombres
25. ¿Alguna vez acompañó a su esposa en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou?	1. Si 2. No	Hombres
26. ¿Usted prefiere que su esposa sea atendida por ginecóloga?	1. Si 2. No	Hombres
27. ¿Desde que vive con su esposa le acompañó a realizarse el Papanicolaou?	1. Si 2. No	Hombres
28. ¿Sabe en qué año se realizó el último Papanicolaou?	1. Si 2. No	Hombres
29. ¿Usted sabe del resultado del último Papanicolaou?	1. Si 2. No	Hombres

Anexo 2.

Base de datos

Base de datos

ID	Código	Sexo	1. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos)	2. ¿Cuál es su grado de instrucción?	3. ¿Cuál es su estado civil?	4. ¿Cuál es su ocupación?	5. ¿Cuál es su ocupación? (HOMBRES)	6. ¿A qué edad formo su familia?	7. ¿Cuántos años ya convive con su esposo?	8. ¿Cuántos hijos (as) tiene y viven?	9. ¿Sabe que es el cáncer de cuello uterino?	10. ¿Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino?	11. ¿Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino?
1	1	1	57	1	2	1		3	5	1	2	2	2
2	2	1	27	3	2	4		4	2	2	1	1	1
3	3	1	39	1	1	1		1	4	3	2	1	2
4	4	1	40	1	2	2		4	5	3	2	2	2
5	5	1	32	2	1	2		2	4	5	2	2	2
6	6	1	32	1	2	2		3	4	3	1	2	2
7	7	1	32	4	2	5		5	2	2	1	1	1
8	8	1	28	1	2	3		1	4	4	2	2	2
9	9	1	38	1	2	3		1	5	5	1	2	1
10	10	1	45	5	1	2		1	4	5	2	2	2
11	11	1	34	2	1	2		2	4	4	1	2	1
12	12	1	40	1	1	2		2	4	5	2	2	2
13	13	1	49	1	3	1		2	1	5	2	2	2
14	14	1	18	2	2	2		2	2	2	2	2	2
15	15	1	28	2	2	1		3	3	2	1	1	1
16	16	1	60	5	2	1		5	5	2	2	2	2
17	17	1	42	2	2	3		5	4	5	2	2	2
18	18	1	60	5	1	2		5	5	5	2	2	2
19	19	1	35	2	2	1		4	4	3	1	1	2
20	20	1	58	2	4	2		2	4	2	2	2	2
21	21	1	38	1	2	3		2	5	3	2	2	2
22	22	1	30	1	2	2		2	3	5	2	2	2

ID	Código	Sexo	1. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos)	2. ¿Cuál es su grado de instrucción?	3. ¿Cuál es su estado civil?	4. ¿Cuál es su ocupación?	5. ¿Cuál es su ocupación? (HOMBRES)	6. ¿A qué edad formo su familia?	7. ¿Cuántos años ya convive con su esposo?	8. ¿Cuántos hijos (as) tiene y viven?	9. ¿Sabe que es el cáncer de cuello uterino?	10. ¿Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino?	11. ¿Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino?
23	23	1	29	1	2	2		2	4	4	2	2	2
24	24	1	30	1	1	2		2	4	5	2	2	2
25	25	1	19	2	2	1		1	3	2	2	2	2
26	26	1	26	2	2	3		2	4	3	2	2	2
27	27	1	32	1	2	3		1	5	5	2	2	2
28	28	1	30	1	3	2		2	2	4	2	2	2
29	29	1	28	2	2	1		2	4	3	2	2	2
30	30	1	19	2	2	2		1	2	2	2	2	2
31	31	1	48	1	1	2		1	5	5	2	2	2
32	32	1	28	2	2	3		2	4	3	1	2	2
33	33	1	20	2	2	3		4	4	5	2	2	2
34	34	1	20	1	2	2		1	2	2	2	2	2
35	35	1	43	1	1	3		3	5	3	2	2	2
36	36	1	19	1	2	1		2	2	2	2	2	2
37	37	1	29	1	1	2		1	4	4	2	2	2
38	38	1	21	2	2	2		2	3	4	2	2	2
39	39	1	43	2	1	3		2	4	5	2	2	2
40	40	1	39	5	2	2		2	5	5	2	2	2
41	41	1	28	1	2	3		1	4	4	2	2	2
42	42	1	38	1	2	3		1	5	5	1	2	1
43	43	1	45	5	1	2		1	4	5	2	2	2
44	44	1	34	2	1	2		2	4	4	1	2	1
45	45	1	40	1	1	2		2	4	5	2	2	2
46	46	1	20	1	2	2		1	2	2	2	2	2
47	47	1	43	1	1	3		3	5	3	2	2	2
48	48	1	19	1	2	1		2	2	2	2	2	2
49	49	1	29	1	1	2		1	4	4	2	2	2

ID	Código	Sexo	1. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos)	2. ¿Cuál es su grado de instrucción?	3. ¿Cuál es su estado civil?	4. ¿Cuál es su ocupación?	5. ¿Cuál es su ocupación? (HOMBRES)	6. ¿A qué edad formo su familia?	7. ¿Cuántos años ya convive con su esposo?	8. ¿Cuántos hijos (as) tiene y viven?	9. ¿Sabe que es el cáncer de cuello uterino?	10. ¿Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino?	11. ¿Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino?
50	50	1	39	5	2	2		2	5	5	2	2	2
51	51	1	40	1	1	2		2	4	5	2	2	2
52	52	1	49	1	2	1		2	1	5	2	2	2
53	1	2	56	1	2		1	4	5		2	2	2
54	2	2	28	2	2		3	4	3		1	2	2
55	4	2	48	2	2		3	4	5		2	2	2
56	5	2	35	2	1		3	4	4		1	2	2
57	6	2	39	2	2		1	5	4		2	2	2
58	7	2	25	4	2		4	3	2		1	1	1
59	8	2	30	2	2		3	2	4		1	2	1
60	9	2	47	2	2		3	5	2		1	1	1
61	10	2	60	1	1		1	5	5		1	2	2
62	11	2	42	1	1		1	4	4		2	2	2
63	12	2	43	2	1		1	4	5		1	1	1
64	14	2	22	2	2		1	2	2		2	2	2
65	15	2	29	2	2		1	3	3		2	2	2
66	16	2	63	1	2		1	5	5		2	2	2
67	18	2	61	5	1		1	5	5		2	2	2
68	19	2	38	3	2		1	4	4		2	2	2
69	21	2	38	2	2		1	2	5			2	2
70	22	2	33	2	2		1	5	3		2	2	2
71	23	2	32	2	2		1	5	3		2	1	2
72	24	2	32	2	1		1	4	4			2	2
73	25	2	25	2	2		1	2	3		1	2	1
74	26	2	27	2	2		5	2	3		2	2	2
75	27	2	42	2	2		5	5	3		1	2	2
76	29	2	28	1	2		3	2	3		2	2	2

ID	Código	Sexo	1. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos)	2. ¿Cuál es su grado de instrucción?	3. ¿Cuál es su estado civil?	4. ¿Cuál es su ocupación?	5. ¿Cuál es su ocupación? (HOMBRES)	6. ¿A qué edad formo su familia?	7. ¿Cuántos años ya convive con su esposo?	8. ¿Cuántos hijos (as) tiene y viven?	9. ¿Sabe que es el cáncer de cuello uterino?	10. ¿Sabe cómo se previene el cáncer de cuello uterino?	11. ¿Sabe cómo se detecta el cáncer de cuello uterino?
77	30	2	23	1	2		1	2	2		2	2	2
78	31	2	52	2	1		1	3	5		1	1	1
79	32	2	30	1	2		3	2	4		2	2	2
80	33	2	42	1	2		1	4	4		2	2	2
81	34	2	23	2	2		2	2	2		2	2	2
82	35	2	42	2	1		3	5	5		2	2	1
83	36	2	27	2	2		1	4	2		2	2	2
84	37	2	35	2	1		5	2	5		2	2	2
85	38	2	26	2	2		1	3	3		2	2	2
86	39	2	42	1	1		5	5	4		2	1	1
87	40	2	40	2	2		3	4	5		2	2	2
88	41	2	30	2	2		3	2	4		1	2	1
89	42	2	47	2	2		3	5	2		1	1	1
90	43	2	60	1	1		1	5	5		1	2	2
91	44	2	42	1	1		1	4	4		2	2	2
92	45	2	43	2	1		1	4	5		1	1	1
93	46	2	23	2	2		2	2	2		2	2	2
94	47	2	42	2	1		3	5	5		2	2	1
95	48	2	27	2	2		1	4	2		2	2	2
96	49	2	35	2	1		5	2	5		2	2	2
97	50	2	40	2	2		3	4	5		2	2	2
98	51	2	43	2	1		1	4	5		1	1	1
99	52	2	42	1	2		1	4	4		2	2	2

ID	12. ¿Conoce que es el Papanicolaou y para qué sirve?	13. ¿En caso de que SI donde se informó?	14. ¿Sabe cómo realizan el Papanicolaou?	15. ¿Sabe cada que tiempo debe realizarse el Papanicolaou?	16. ¿Sabe cuándo y quienes deben realizarse el Papanicolaou?	17. ¿Sabe usted que es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)?	18. ¿Usted tiene que pedir permiso a su esposo para ir a una consulta médica con relación al Papanicolaou o un examen ginecológico?	19. ¿Su esposo es quién toma la decisión para que usted se realice el Papanicolaou u otro control médico?	20. ¿Alguna vez su esposo le acompaña a alguna charla informativa sobre el Papanicolaou?	21. ¿Para su esposo es importante su salud?	22. ¿Alguna vez su esposo le incentiva a realizarse el Papanicolaou?	23. ¿Para usted es importante la salud de su esposa?	24. ¿Usted es quien decide para que su esposa realice el Papanicolaou u otro control médico?	25. ¿Alguna vez acompaña a su esposa en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou?	26. ¿Usted prefiere que su esposa sea atendida por ginecóloga?	27. ¿Desde que vive con su esposa le acompaña a realizarse el Papanicolaou?	28. ¿Sabe en qué año se realizó el último Papanicolaou?	29. ¿Usted sabe del resultado del último Papanicolaou?	
47	1	3	1	3	2	2	2	1	1	1	1								
48	1	2	2	5	2	2	1	1	1	1	1								
49	2	3	1	3	2	2	1	1	2	1	1								
50	2		2	1	2	2	1	1	2	1	2								
51	1	2	1	3	1	2	1	2	2	1	1								
52	1	2	1	5	2	2	2	2	2	2	2								
53	2	1	2	5		2						1	1	2	1	2	1	1	
54	1	4	1	5		1						1	2	1	1	2	2	2	
55	1	1	1	3		2						1	1	2	1	1	1	1	
56	1	1	1	3		2						1	1	2	1	2	1	1	
57	2	5	2	3		2						1	1	2	1	2	1	2	
58	1	1	1	3		1						1	1	1	1	2	2	2	
59	1	1	1	2		1						1	1	1	1	1	1	1	
60	1	1	1	3		1						1	1	1	1	1	1	1	
61	1	4	1	3		2						1	1	2	1	2	2	2	
62	1	3	2	3		1						1	1	1	1	1	1	1	
63	1	1	1	3		2						1	1	1	1	1	1	1	
64	2	5	2	5		2						2	2	2	1	2	2	2	
65	2	5	2	4		2						2	1	2	1	2	2	2	
66	2	5	2	5		2						2	1	2	2	2	2	2	
67	2		2	4		2						1	1	2	1	2	2	2	
68	2	5	2	5		2						1	1	2	1	2	2	2	
69	2	3	2	5		2						2	1	2	1	2	2	2	

ID	12. ¿Conoce que es el Papanicolaou y para qué sirve?	13. ¿En caso de que SI donde se informó?	14. ¿Sabe cómo realizan el Papanicolaou?	15. ¿Sabe cada que tiempo debe realizarse el Papanicolaou?	16. ¿Sabe cuándo y quienes deben realizarse el Papanicolaou?	17. ¿Sabe usted que es la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH)?	18. ¿Usted tiene que pedir permiso a su esposo para ir a una consulta médica con relación al Papanicolaou o un examen ginecológico?	19. ¿Su esposo es quién toma la decisión para que usted se realice el Papanicolaou u otro control médico?	20. ¿Alguna vez su esposo le acompaña a alguna charla informativa sobre el Papanicolaou?	21. ¿Para su esposo es importante su salud?	22. ¿Alguna vez su esposo le incentiva a realizarse el Papanicolaou?	23. ¿Para usted es importante la salud de su esposa?	24. ¿Usted es quien decide para que su esposa realice el Papanicolaou u otro control médico?	25. ¿Alguna vez acompaña a su esposa en alguna charla informativa sobre el Papanicolaou?	26. ¿Usted prefiere que su esposa sea atendida por ginecóloga?	27. ¿Desde que vive con su esposa le acompaña a realizarse el Papanicolaou?	28. ¿Sabe en qué año se realizó el último Papanicolaou?	29. ¿Usted sabe del resultado del último Papanicolaou?
93	2		2	4		2						2	1	2	1	2	2	2
94	1	1	1	2		2						1	1	1	1	1	1	1
95	1	1	1	5		2						1	2	2	1	2	2	2
96	2	5	2	5		2						1	1	2	1	2	2	2
97	1	2	1	5		2						1	1	1	1	1	2	2
98	1	1	1	3		2						1	1	1	1	1	1	1
99	2		2	4		2						2	1	2	2	2	2	2