



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
MENCION EPIDEMIOLOGIA**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE  
EL PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES  
COMERCIALES QUE ACUDEN AL PROGRAMA ITS-  
VIH/SIDA DE EL ALTO**

*Tesis para Optar al Título MGS en Salud Pública mención  
Epidemiología*

**MAESTRANTE**

Dra. Mendoza Baldivieso Angela Margot

**TUTOR**

Dr. Omar Navia Molina

**ASESORES**

Dra. Jacqueline Cortez  
Dr. Alberto De La Gálvez Murillo

La Paz, septiembre del 2011



## PRESENTACION

Se presenta la tesis “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en trabajadoras sexuales comerciales que acuden al programa ITS-VIH/SIDA de la ciudad de El Alto en los meses de abril y mayo del 2011”, considero que se trata de un tema muy importante por la alta frecuencia de cáncer cervicouterino en la que se presenta en la población femenina siendo prevenible con la prueba de Papanicolaou que es sencilla, rápida e indolora que puede salvar la vida de muchas mujeres realizándose regularmente pero se aprecia que no se realiza la prueba con la frecuencia necesaria ni se tiene las coberturas optimas en especial en este grupo de mujeres que son las Trabajadoras Sexuales Comerciales que por la actividad que realizan tiene muchos factores de riesgo para contraer cáncer cervicouterino y otras enfermedades, por lo cual es importante conocer que tanto saben las pacientes sobre el Papanicolaou e identificar sus actitudes y las practicas con respecto a esta prueba, para poder seguir trabajando de forma preventiva en estas pacientes.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Facultad de Medicina, por haberme abierto las puertas para realizar mi formación en pre y posgrado.*

*A la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina, por permitirme participar de la Especialidad y Maestría en la mención en epidemiología.*

*Al coordinador Dr. Carlos Tamayo Caballero, por motivarnos a la conclusión del curso en equipo y al personal administrativo, que nos atendió con paciencia.*

*A mi tutor Dr. Omar Navia Molina, por la paciencia y apoyo brindado desde el inicio hasta la conclusión de mi tesis.*

*A la Dra. Jacqueline Cortez y el Dr. Alberto De La Gálvez, por la asesoría brindada.*

## **DEDICATORIA**

*A mi madre, que mediante sus sacrificios me proporcionó la oportunidad de estudiar.*

*A mi familia, por la comprensión de mis ausencias, incluso cuando estaba presente en el hogar.*

## INDICE DE CONTENIDO

1. Resumen	7
2. Introducción	9
3. Marco Teórico	12
4. Marco conceptual	14
5. Revisión Bibliográfica	27
6. Justificación	30
7. Formulación del problema	31
8. Pregunta de investigación	31
9. Objetivos	32
10. Hipótesis	33
11. Metodología	34
▪ Criterios de inclusión y exclusión	34
▪ Población Universo	35
▪ Procedimiento de recolección de datos	36
▪ Plan de tabulación y análisis	39
▪ Operacionalización de variables	40
12. Aspectos éticos	42
13. Resultados	43
14. Discusión	54
15. Conclusiones	58
16. Recomendaciones	59
17. Limitaciones de estudio	59
Bibliografía	60
Anexos	63

## 1. RESUMEN

El propósito del estudio es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la prueba de Papanicolaou en mujeres que acuden a Consulta cumpliendo su control semanal en el Centro de vigilancia de enfermedades transmisibles ITS VIH/SIDA de la ciudad de El Alto para la obtención y control de libreta sanitaria y así poder trabajar en la actividad que ellas realizan como trabajadoras sexuales comerciales. **Metodología: Diseño:** Es un estudio cuantitativo de tipo Transversal analítico. **Participantes** mujeres que acuden a control en el programa de ITS VIH/SIDA y solicitan libreta sanitaria. **Método o instrumento.** Se realizó una encuesta estructurada con preguntas abiertas y cerradas aplicadas a mujeres trabajadoras sexuales comerciales. **Análisis de datos.** Se realizó el análisis de datos descriptivo, para datos cuantitativos se observarán medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana y moda) para variables cualitativas (porcentajes y frecuencias). También se realizó un análisis asociativo categorizando variables, mediante  $\chi^2$  para variables categóricas. Los datos se procesaron por computadora utilizando el programa SPSS y hoja de cálculo de Excel. La evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas se realizó mediante el uso de escalas cuantitativas y la (escala de Likert). **Principales medidas de resultados:** Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en Trabajadoras sexuales Comerciales sobre el Papanicolaou, y asociaciones y características sobre su práctica periódica. **Resultados:** De 116 encuestadas, que es el tamaño de muestra, en el 45% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 82% una actitud favorable y en 96% una práctica correcta sobre la prueba de Papanicolaou; se obtuvo un CHI de 1.57 entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta con un nivel de significancia 5% y un nivel de confianza del 95%; **Conclusiones:** Los niveles de conocimiento, en las trabajadoras sexuales, son bajos a diferencia de las actitudes y prácticas que son elevadas. El nivel de conocimiento no está relacionado con la práctica del Papanicolaou, pero si está relacionada la actitud con la práctica.

## ABSTRACT

The purpose of the study is to identify the knowledge, attitudes and practical regarding the test of Papanicolaou in women that go to Consultation completing its weekly control in the Center of surveillance of transferable illnesses ITS VIH/SIDA of the city of The High one for the obtaining and control of sanitary notebook and this way to be able to work in the activity that they carry out as commercial sexual workers. **Methodology: Design:** It is a quantitative study of analytic Traverse type. **Participant** women that go to control in the program of ITS VIH/SIDA and they request sanitary notebook. **Method or instrument.** He/she was carried out a survey structured with open and closed questions applied commercial sexual hard-working women. **Analysis of data.** He/she was carried out the descriptive analysis of data, for quantitative data measures of central tendency and dispersion will be observed (he/she mediates, medium and fashion) for qualitative variables (percentages and frequencies). he/she was Also carried out an associative analysis categorizing variables, by means of chi2 for categorical variables. The data were processed by computer using the program SPSS and leaf of calculation of Excel. The evaluation of the knowledge, attitudes and practical he/she was carried out by means of the use of quantitative scales and the (scale of Likert). **Main measures of results:** Level of knowledge, attitudes and practical in Commercial sexual Workers on the Pap, and associations and characteristics on their periodic practice. **Results:** Of 116 interviewed that is the sample size, in 45% he/she was low level of knowledge, in 82% a favorable attitude and in 96% a correct practice on the test of Pap; a CHI 1.57 was obtained between the level of knowledge and the correct practice with a level of significance 5% and a level of trust of 95%; **Conclusions:** The levels of knowledge, in the sexual workers, are low contrary to the attitudes and practical that are high. The level of knowledge is not related with the practice of the Pap, but if it is related the attitude with the practice.



## 2. INTRODUCCION

El Cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública mundial, que provoca la defunción de aproximadamente 260 mil mujeres y afecta a más de 500 mil nuevas mujeres cada año en el mundo, sin embargo a diferencia de la mayoría de los cánceres, el de cuello uterino puede prevenirse mediante programas de tamizaje de fácil acceso y económicos, diseñados para identificar y tratar las lesiones precancerosas. Consecuentemente, esta estrategia es particularmente dura en países en desarrollo como el nuestro, donde el acceso a servicios eficaces de prevención es muy limitado; Bolivia tiene una de las tasa de incidencia y mortalidad más altas del mundo; según estimaciones de la OMS entre 4 a 5 mujeres muere por día por cáncer de cuello Uterino (OMS 2004).<sup>1</sup>

La mortalidad por CACU ha disminuido considerablemente en los últimos 50 años debido a las actividades de prevención y la promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou elegida por la facilidad de la toma de muestra y bajo costo; además existe un mejor conocimiento de la historia natural del CACU su diagnóstico y la eficacia del tratamiento en estadios menores sin embargo los principales factores de riesgo asociado se mantiene siendo estos la promiscuidad sexual, un nivel socioeconómico bajo y el más importante, la infección del papiloma humano<sup>2</sup>

Las campañas de promoción de la toma de PAP realizadas en México o Chile han tomado nuevos enfoques, orientados principalmente a romper las barreras culturales originadas por la inadecuada información y la existencia de ciertas creencias. En el Perú el 2008 el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasias propone a través de la Norma técnico oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones pre malignas de cuello uterino un programa que busca estimular la promoción y prevención primaria, fomentando la información, educación y comunicación en la población general para motivar la participación comunitaria, orientación y consejería por parte de los profesionales en salud.<sup>3</sup>

La situación actual, la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Bolivia es grave y alarmante, sobre todo si se toma en cuenta que esta patología se puede prevenir y detectar precozmente de manera eficaz y relativamente económica.<sup>1</sup>

Bolivia tiene la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino más alta de América (26,3) por cada mil mujeres) y la segunda tasa de incidencia (56.55 por cada 100 mil mujeres). El Cáncer de Cuello Uterino es la enfermedad más frecuente en las mujeres de 25 a 64 años de edad en el país, con una tasa de incidencia de 151,4 por cada 100mil mujeres.<sup>1-8</sup>

La Distribución del CACU es diferenciada en el país; los departamentos de Potosí y Oruro son los más afectados por esta patología, con las tasa de incidencia respectivas de 93,5 y 60,9 por cada 100 mil mujeres en 2002 (MSD, 2004).<sup>1-8</sup>

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 a 40 años; esta investigación mostró que la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y de 38 años para los carcinomas in situ; el estudio concluye que la incidencia del CACU es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad.<sup>1</sup>

Las trabajadoras sexuales comerciales son una población expuesta a un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y bajo nivel socioeconómico. Por otra parte la mayoría de las Trabajadoras Sexuales Comerciales no usan condones durante el contacto con sus clientes, quedando el cuello uterino expuesto al contacto con el semen de múltiples parejas, favoreciendo el desarrollo de cáncer y el contagio de ITS, lo que constituiría un factor de riesgo adicional para ellas.

Siendo un grupo de difícil acceso por la ocupación que ellas tienen no se tiene publicaciones al respecto lo que hace muy difícil tener información de la opinión que tienen ellas acerca del Papanicolaou y su importancia.

El propósito del estudio es poder mejorar la información del servicio, enfocando la atención al conocimiento de la realización del Papanicolaou en las trabajadoras sexuales comerciales que trabajan en la ciudad de El Alto, sus actitudes ante esta patología y la práctica con respecto a ella, así mismo ayudará a implantar acciones educativas, preventivas y estrategias de promoción ante esta patología que se implementara al personal de salud lo cual ayude a disminuir las lesiones de bajo grado, alto grado y los casos de Cáncer de Cuello Uterino que se presenta en las mujeres de la ciudad de El Alto.

### 3. MARCO TEORICO

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte en la mujer, enfermedad absolutamente curable si se detecta en etapa temprana mediante el Papanicolaou, técnica que puede detectar cualquier atipia a nivel del cérvix uterino. Es un complemento diagnóstico 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 menores. Por esto es posible considerar al cáncer de cuello uterino como una enfermedad previsible y tratable. Las mujeres informadas acerca del PAP tienen menos probabilidad de desarrollar la enfermedad. El apoyo a la información conlleva la práctica de una conducta deseada; en este caso la realización periódica del PAP por las mujeres en riesgo.

La prueba del Papanicolaou ha sido el procedimiento de elección para detectar el cáncer cervico-uterino con la ventaja de ser un método sencillo, inocuo y con una alta eficacia cuando se realiza e interpreta de manera adecuada; su valor diagnóstico es importante cuando se complementa con estudios colposcópicos e histopatológicos<sup>4</sup>

Patología que no sólo afecta nuestro País como es Bolivia sino también a toda Sudamérica y el mundo con alta incidencia y mortalidad que se presentan en todos los artículos revisados siendo uno de los más importantes problemas de salud para la mujer adulta en países en desarrollo. Además de ser el segundo cáncer más común entre mujeres a nivel mundial.<sup>15-20</sup>

Las acciones que se han realizado al respecto como parte importante de las políticas de salud no han logrado el impacto que se esperaba, por múltiples factores a lo mejor porque no se ha trabajado en conjunto con las mujeres para poder identificar sus necesidades y saberes con respecto a esta técnica.<sup>5</sup>

Existen muy pocas publicaciones al respecto, lo que hace difícil conocer la prevalencia de los hallazgos de la citología cervical de nuestra población, tanto

en los aspectos relacionados con células atípicas como de las infecciones detectadas por esta prueba.

Por mucho tiempo se ha planteado que las TSC deberían presentar con mayor frecuencia ITS y cáncer de cuello uterino que la población general, sin embargo, no se conocen publicaciones que indiquen si esto es cierto y en qué proporción.

El presente estudio quiere conocer en un grupo en riesgo como son las mujeres que se dedican a ser trabajadoras sexuales comerciales, que mucho se ha dicho y escrito que ellas tienden a tener mayores factores de riesgo de presentar ITS y entre ellas incluidas el HPV lo cual no se ha demostrado porque en realidad existen muy pocos estudios, casi nulos que se haya trabajado con ella para conocer sus saberes y pensares con respecto al Papanicolaou por lo que el estudio se basara en conocer lo que saben acerca de este tema que actitud tomarían y cual es su practica ante el Papanicolaou, siendo además que es el primero que se realiza en la ciudad de El Alto y en el Programa ITS-VIH/SIDA.

## 4. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1. CÁNCER DE CUELLO UTERINO

O carcinoma del cuello uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. El cáncer cervical o de cérvix uterino es el segundo tipo de cáncer más común en mujeres, y en países en vías de desarrollo más frecuente, diagnosticándose más de 400.000 casos nuevos cada año.

El científico alemán Harald Zur Hausen realizó un gran avance en la investigación del cáncer cervical, ya que descubrió el papel importante que posee el virus del papiloma humano (VPH) en su formación, razón por la cual obtuvo el Premio Nobel en 2008. Asimismo contribuyeron los experimentos realizados en monos Rhesus por el ginecólogo español Enrique Aguirre Cabañas. Todo esto sentó las bases sobre las que después se harían las investigaciones sobre la vacuna contra el cáncer cervical (Gardasil), en la que tuvieron un papel fundamental los doctores Ian Fraser y Jian Zhou.<sup>6</sup>

Se identifican diferentes subtipos de cáncer cervical:

- **Carcinoma** de las células escamosas, que se origina a expensas del epitelio pavimentoso; es el más frecuente (aproximadamente 80% de los casos); el precursor inmediato de este carcinoma son las HSIL, lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado;
- **Adenocarcinoma cervical**, que constituye el 15% de los casos y se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ;
- **Carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos**, que constituyen el 5% restante de los casos.

Todos los tipos de tumores indicados están provocados por VPH de alto riesgo oncogénico (sobre todo VPH 16 y 18). Todos presentan las mismas características clínicas y los mismos factores de riesgo, pero los adenocarcinomas, carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos se

detectan peor en los análisis de rutina, por lo que suelen detectarse en fases más avanzadas.

Los factores de riesgo de cáncer cervical están relacionados con características tanto del virus como del huésped, e incluyen:<sup>6-9-10</sup>

- Múltiples compañeros sexuales;
- Una pareja masculina con muchos compañeros sexuales presentes o pasados;
- Edad temprana en la primera relación sexual;
- Elevado número de partos;
- Infección persistente con un VPH de alto riesgo (como VPH 16 o 18);
- Inmunosupresión;
- Ciertos subtipos de HLA (antígenos leucocitarios humanos);
- Uso de contraceptivos orales;
- Uso de nicotina.

En general, las tasas de progresión de las lesiones precancerosas no son uniformes, y aunque sobre todo VPH 16 está asociado con un riesgo elevado, es difícil predecir la evolución en una persona en particular. El riesgo de desarrollar cáncer depende sólo en parte del subtipo de VPH, ya que también depende del estado inmunológico de la persona y de condiciones ambientales. La progresión hacia carcinoma invasivo, si llega a ocurrir, puede ocurrir en pocos meses o producirse durante más de una década.<sup>2-4</sup>

Los resultados del Papanicolaou según la última clasificación (Bethesda) pueden ser:

- Negativo por malignidad o lesión intraepitelial.  
Inflamatorio
- **Anormalidades células escamosas**
  - ASCUS (células escamosas atípicas de significado incierto)
  - Lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) que incluye las siguientes alteraciones:
    - a) Displasia leve o Neoplasia intracervical grado 1 (NIC I) o
    - b) Displasia moderada o Neoplasia intracervical grado 2 (NICII)

- Lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) que incluye las siguientes alteraciones:
  - a) Displasia severa o Neoplasia intracervical grado III (NIC III)
  - b) Carcinoma de Cervix insitu
- Carcinoma de cervix invasor
- **Anormalidades de células glandulares**
  - AGUS (células glandulares atípicas)
  - Adenocarcinoma endocervical insitu
  - Adenocarcinoma invasor

Últimamente en 1989, se reunió un grupo de especialistas en Bethesda y propusieron una nueva clasificación. Esta se divide en Lesión Intraepitelial de Bajo de Grado (LIEBG) y la Lesión Intraepitelial de Alto Grado (LIEAG). Esta nueva clasificación se debió a que los médicos a nivel mundial diferían al nombrar una lesión a otra. Para resumir la LIEBG incluye las siguientes lesiones: displasia leve o NIC 1, infección del virus del papiloma humano. La LIEAG incluye las siguientes lesiones: displasia moderada (NIC II), displasia severa (NIC III) y Carcinoma Insitu.<sup>4-10</sup>

## **4.2. PAPANICOLAU**

La prueba de Papanicolaou (llamada también prueba de Pap, citología vaginal o frotis de Pap) es una forma de examinar las células que se recogen del cérvix (el extremo inferior, estrecho, del útero). El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cervix o antes de que se presente el cáncer.<sup>9-11</sup>

El **procedimiento**: El frotis de Papanicolaou se practica con facilidad en el consultorio, no es invasivo y es relativamente barato. El proceso no es doloroso, se siente como un leve pellizco, pero vale la pena, ya que en tan sólo en unos minutos el especialista puede detectar anomalías en el cérvix. Esto, al introducir un aparato llamado espéculo, el cual se coloca dentro de la vagina, para tomar muestras de las células.



El especialista limpiará con cuidado el cérvix con un palillo de madera con algodón en la punta, para luego tomar la muestra con un cepillo pequeño, una espátula pequeña u otro palillo con algodón en la punta. Esta se extiende en una lámina de vidrio para su análisis detallado.

El salir positivo la muestra de que existe una lesión que, si no se trata a tiempo, puede degenerar en cáncer.

Algunas de las razones por las que un Papanicolaou puede salir positivo es porque puede existir inflamación o irritación, la cual puede ser causada por una infección del cuello de la matriz, también por señales tempranas de cáncer (displasia), o en el peor de los casos porque ya se tiene cáncer, pero muchas veces no va más allá del cérvix, lo que se conoce como “carcinoma in situ”<sup>12</sup>.

El informe citológico suele tener, al menos, tres tipos de resultados: microbiológico, hormonal y morfológico.

Microbiológico: indica si existe o no flora (gérmenes), y si existe infección, indica el tipo de microorganismo que la produce: cocos, gardnerellas, chlamydias, trichomonas, hongos, virus herpes, virus del papiloma humano (HVP).<sup>9-22</sup>

Hormonal: indica el nivel de hormonas (estrógenos y progesterona) de la mujer, y por tanto si hay concordancia con el momento del ciclo menstrual o con la edad de la mujer.

Morfológico: indica si existen alteraciones en la forma de las células epiteliales de la muestra (benignidad o malignidad).

- No tengas relaciones sexuales durante las 24 horas anteriores al examen.
- No acudas a la citología mientras tengas la menstruación.
- No uses duchas ni medicamentos vaginales durante las 48 horas anteriores al examen.

Se debe realizar el PAP con la siguiente **frecuencia** cuando comienza a tener relaciones sexuales, se continua haciendo el Papanicolaou una vez al año

hasta que se tiene tres tinciones normales, luego cada tres años a menos que el médico piense que se necesita hacerse la prueba con más frecuencia, siga realizándose el PAP por el resto de la vida incluso después de haber pasado la menopausia.<sup>9, 10</sup>

### **14.3. CONOCIMIENTO**

Son los hechos o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad.

El conocimiento es la aproximación eterna e infinita del pensamiento al objeto.

El cerebro, por ser la materia mas altamente organizada, tiene la propiedad de reflejar al mundo objetivo; precisamente reflejo del mundo objetivo es lo que constituye el conocimiento.<sup>6-7</sup>

El éxito de los programas educativos para la prevención de toda patología dependen en gran parte de que puedan identificarse las necesidades y por tanto los objetivos a nivel de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas.

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término **Conocimiento** se usa en el sentido de hecho, información y concepto; pero también como comprensión y análisis; la especie humana ha progresado en la medida que ha aculado las experiencias de otras generaciones y las ha logrado sistematizar.<sup>7</sup>

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda a las actitudes, creencias y prácticas.

Es aquí en donde entran en función los productos primarios del conocimiento:

- Las sensaciones; que constituyen la forma más elemental del conocimiento.
- La percepción; es la integración del sistema de sensaciones.

- Las representaciones; son huellas de las percepciones que se conservan debido a la plasticidad del cerebro.

Tanto las sensaciones como las percepciones y representaciones son formas primarias o elementales del conocimiento, por tanto no revelan la esencia de los objetos y fenómenos.<sup>7</sup>

Son técnicas e instrumentos que tratan de verificar el grado de aprendizaje logrado. Este aprendizaje se puede situar a nivel conceptual (conocimientos) o a nivel comportamental (habilidades).

Las pruebas de conocimiento se pueden realizar de distintas formas:

**Cuestionario de preguntas abiertas:** Se utilizan preguntas abiertas y se pide a los participantes que escriban cada respuesta de forma narrativa.

**Cuestionario de preguntas cerradas:** Una vez realizada la pregunta se le ofrece al asistente un número limitado de respuestas.

Los informes y los cuestionarios de preguntas abiertas requieren gran esfuerzo en la corrección, influyendo en la misma la subjetividad de quien corrige. Pueden incluir información irrelevante, pero permiten recoger información muy amplia.

El cuestionario de preguntas cerradas tipo test es el sistema más rápido, efectivo, fácil de aplicar y de corregir. Es preciso cuidar mucho su diseño para que recoja toda la información necesaria.

El formato tipo test evita la subjetividad de quien califica. Además la rapidez en su corrección lo hace más económico. Estos cuestionarios se pueden completar con algún espacio abierto donde el alumno pueda incluir sus comentarios, por ejemplo, solicitando el porqué a determinada respuesta.

Existen diferentes formatos para este tipo de cuestionarios:

- a. Preguntas de opción múltiple
- b. Preguntas de verdadero o falso
- c. Preguntas para completar o tachar

La falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, riesgos de padecer la enfermedad, formas de detectarlo oportunamente a través del Papanicolaou, oportuna cura, lugares en donde puede acudir en busca de mayor información y de atención, etc. Constituye un factor negativo

muy influyente en la disminución del cáncer del cuello uterino que debido a desinformaciones impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo.

#### **4.4. ACTITUDES**

Es la forma de actuar de las personas, el comportamiento que emplea un individuo para hacer cosas, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas.

“Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”. Estos términos suponen una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones, etc.<sup>6</sup>

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

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y habito. El nivel Socio-económico-educacional, la ocupación y la edad tienen influencia sobre las actitudes y creencias sobre la sexualidad.

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento y las relaciones sociales. Conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo (la prostitución, por ejemplo), es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes y creencias son dinámicas y que existen más de una para cada situación.<sup>18</sup>

##### **4.4.1. Naturaleza**

Las actitudes son procesos perceptivos permanentes de un individuo, basados en el conocimiento, son evaluadores y orientados a la acción con respecto a un objeto o fenómeno.

#### 4.4.2. Importancia

La medición de actitudes es esencial para muchas situaciones de marketing. Con frecuencia, la estrategia de segmentación del mercado se basa en datos sobre actitudes. La determinación de las actitudes de diferentes segmentos del mercado hacia un punto puede ser esencial para desarrollar una estrategia de posicionamiento.

#### 4.4.3. Actitud y Comportamiento

Una actitud es una serie de componentes secuenciales que conducen al comportamiento.

La evidencia de la investigación indica que el enlace entre actitudes y comportamiento no es simplista, y la persona que toma las decisiones y el investigador deben tener mucho cuidado al suponer que existe tal relación en una situación de decisión.<sup>2</sup>

Como la mayoría de las situaciones de decisión se ocupan del comportamiento colectivo en vez del comportamiento individual, el enlace actitud – comportamiento sí tiene algún grado de sustentación empírica para muchas situaciones de decisión en marketing. Sin embargo, las actitudes son sólo una influencia sobre el comportamiento, y en una situación de decisión particular otros factores podrían ser más influyentes que las actitudes.<sup>7</sup>

#### 4.4.4. Elementos de las actitudes

4.4.4.1. **Elemento Cognoscitivo:** formado por una idea, un conocimiento, una creencia cualquiera concerniente al objeto de la actitud. Lo importante de este elemento es la manera en que la persona ve al mundo y no como es el mundo en realidad. Este se refiere al conocimiento y la comprensión del encuestado acerca de algún objeto o fenómeno.<sup>7</sup> Algunas veces esto se conoce como componente de creencia. Se expresa por medio de afirmaciones como Creo que el producto A es . . . Sé que el producto B. . .

4.4.4.2. **Elemento Efectivo:** formado por emociones o instintos que surgen cuando la persona se coloca frente al objeto, o simplemente, piensa en dicho objeto. El componente afectivo o efectivo se refiere al gusto y preferencias del encuestado por un objeto o fenómeno.<sup>7</sup> También es llamado componente de

sentimiento, se expresa por medio de afirmaciones como No me gusta el producto A, El anuncio X es malo y Prefiero el producto A al producto B.

El componente afectivo al igual que el componente cognoscitivo, son aspectos importantes de las necesidades de información para muchas situaciones de decisión.<sup>6</sup>

**4.4.4.3. Elemento Comportamental:** comportamientos formados por la tendencia hacia la acción, no por la acción. Si la actitud es favorable, la persona se verá inclinada a expresarse en acción.<sup>7</sup>

#### **4.4.5. Fuentes de las actitudes**

Las actitudes del individuo tienen su base (fuente) en:

- a- La cultura, costumbres, valores, manera de vivir, etc. De la sociedad a la que pertenece.
- b- Los grupos de amistades, a los cuales pertenecen además de aquellos a los cuales se desearía pertenecer.
- c- La familia, las emociones, las actitudes y creencias en la familia explican la coherencia de un sistema cultural, implicando situaciones de riesgo físico, psicológico y social que inciden en la formación de la personalidad, la mayoría de veces de forma negativa e irreversible.
- d- Las experiencias personales.
- e- La pareja
- f- El personal de salud

### **4.5. PRACTICAS**

Realización de actividades de forma continuada y conforme a reglas. Destrezas adquiridas en el ejercicio continuado de una actividad.

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa, las prácticas regulares se llaman hábitos, y se define como una respuesta establecida para una situación común.

Son las acciones mediante las cuales se espera lograr un producto deseable, para cambiar una situación dada, hay compromiso y responsabilidad social, se actuar a partir del análisis de todos los datos disponibles.<sup>6</sup>

Uno de los grandes retos para los servicios de salud en la detección temprana del cáncer cervico-uterino, es necesario que los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo.<sup>19</sup>

Es por ello es necesario identificar los factores de Prácticas que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleva a modificar las Prácticas negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

Por ello es importante identificar que Prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la Prueba del Papanicolaou, a la edad de inicio de la toma, hábitos de realización, frecuencia, etc. Que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el auto cuidado de su salud.

El proceso de educación se efectúa en todo el momento si un individuo no está aprendiendo un hecho nuevo por lo menos experimenta algo, está desarrollando una actitud adecuada o no y está reaccionando a esta actitud de modo correcto o incorrecto.

#### **4.6. PREVENCIÓN**

Es el conjunto de actividades que se realizan tanto con la comunidad o gobiernos como con el personal de salud antes de que aparezca una determinada enfermedad, también denominado diagnóstico precoz de una patología.

La palabra **prevención**, del verbo prevenir, es definida como " preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa"(Larousse, Pág. 755). Queda claro entonces que al utilizar este término nos referimos a una acción de carácter anticipatorio. Pero tendríamos que preguntarnos, lógicamente y este sería uno de los primeros "peligros", ¿ a qué nos anticipamos? Si es anticiparnos al peligro, o si es anticiparnos a que las cosas puedan ser mejor de lo que son. Puede incluso que la anticipación sea tan solo un alerta. Este aparente juego de palabras lo considero esencial en el análisis posterior que sobre las prácticas de prevención en salud

realizaré, toda vez que la representación científica de un término en lo que a su contenido personal se refiere no está del todo desvinculada a la representación natural del portador acrítico.<sup>6</sup>

También pudiéramos pensar, siguiendo a Foucault, que la prevención es el "arte de corregir", que es un medio de "buen encauzamiento" que, mal aplicado, podría tornarse en peligroso. (Foucault M, 1976). Tendríamos aquí otro peligro relacionado con la magnitud del término y la definición de sus límites. El buen encauzamiento de la prevención es lo que nos puede definir su legitimidad, es lo que puede evitar una posible "perversión" de la prevención.<sup>14</sup>

La prevención como concepto tiene sus límites, los límites de la lógica y de lo natural. Tampoco "vivir es para morir". Se pueden llegar a prevenir cosas absurdas para evitar "peligros" para nuestra vida, o ya introduciendo otro debatido término, para lograr una adecuada salud.<sup>7</sup>

La "perversión" de la prevención, también podemos referirla a la interpretación de múltiples acciones, que sin una adecuada sistematicidad y rigor se pueden calificar como preventivas, dándole una ilegitimidad al concepto que le hace perder su valor. Llega entonces a ser tan indefinido y diluido, que impide el reconocimiento y le resta científicidad a las prácticas de prevención.<sup>14</sup>

#### **4.7. MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES**

O mal llamadas también prostitutas, son las mujeres que se dedican a esta actividad es decir mantienen relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero aunque suele considerarse del mismo modo cualquier otro tipo de retribución.

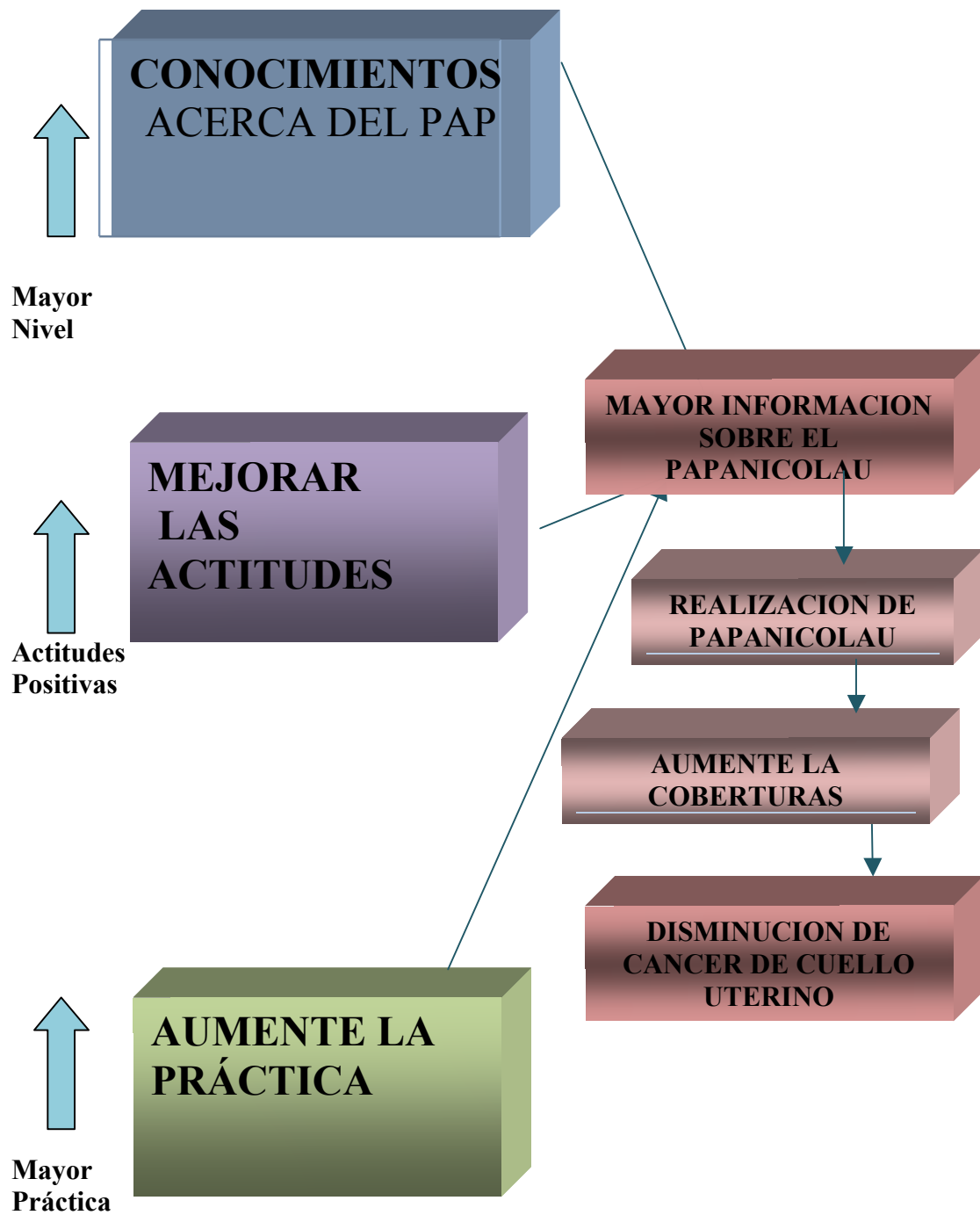
Las trabajadoras sexuales comerciales (TSC) son una población expuesta a un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y bajo nivel socioeconómico. Por otra parte la mayoría de las trabajadoras sexuales comerciales no usan condones durante el contacto con sus clientes, quedando el cuello uterino expuesto al contacto con



el semen de sus clientes y este presentan moléculas que pudieran favorecer la presencia de infecciones y lesiones neoplásicas debido a que el mismo presenta un alto contenido de ciclo-oxigenasa-2 y prostaglandina E2, las cuales son sustancias inmunosupresoras que pueden disminuir la respuesta inmune local, favoreciendo el desarrollo de cáncer y el contagio con ITS, lo cual constituirá un factor de riesgo adicional para las trabajadoras sexuales comerciales.<sup>21</sup>

En Venezuela, las trabajadoras sexuales comerciales son controladas mensualmente en las unidades sanitarias regionales, lo que permite diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual que puedan adquirir en un momento dado. Por otra parte las mujeres sexualmente activas, de la población general, no siempre acuden al control anual de citología recomendando por los médicos, pudiendo pasar varios sin evaluación. Adicionalmente, es posible que aunque una mujer no haya tenido otras parejas sexuales, diferente a su marido, ella pueda contraer ITS si su pareja ha tenido contacto sexual con otras parejas incluyendo a las TSC, como se ha demostrado en algunas investigaciones.<sup>21</sup>

## MARCO CONCEPTUAL



## 5. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El Plan de Desarrollo Sectorial y las bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010 han identificado varios problemas en el sistema de salud (MSD)2006 donde La Unidad de Servicios de Salud y Calidad, dependiente de la Dirección General de Salud, tiene a su cargo la Estrategia de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino, por medio de la cual quiere contribuir a reducir los altos índices de mortalidad y morbilidad por esta patología, enfatizando sus intervenciones en pilares fundamentalmente preventivo-promocionales y con respecto a las diversas culturas, que son la esencia fundamental de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)<sup>1</sup>.

La ley de 6 de diciembre del 2005 N° 3250 que decreta la ampliación del seguro Universal Materno Infantil con carácter universal y gratuito, así como la obligatoriedad en la prevención del cáncer de cuello uterino (Papanicolaou anual) a toda paciente que acude al SUMI y tratamiento de lesiones pre-malignas.

La resolución ministerial 0072 del 23 de enero del 2006 resuelve en su artículo 2 que: Dando cumplimiento a la ley n° 3250 del 6 de diciembre del 2005 se amplían las coberturas en el SUMI a las mujeres mayores de 5 hasta 60 años de edad que guardan una estrecha relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención del cáncer de cuello uterino (Papanicolaou anual) a toda paciente que acuda al SUMI y tratamiento de lesiones pre-malignas contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.<sup>1</sup>

No se puede negar que las coberturas de PAP incrementaron, pero no es suficiente si no llega al 80% de la población en edad de riesgo (estándar internacional necesario para lograr resultados significativos). La tasa de cobertura de PAP en las mujeres de 25 a 64 años solo llegó a 11,6% en 2007 (SNIS; 2008) Sin embargo, esta tasa corresponde solamente al número de

PAP tomadas y no al número de mujeres con resultado citológico. Además, con los recursos disponibles actualmente, se debería lograr mejores coberturas, calidad e impacto sobre morbi-mortalidad por CACU.

El objetivo del Plan Nacional de Prevención, control y seguimiento de cáncer de cuello uterino es 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 del cáncer de cuello uterino, dentro de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la Política SAFCI.

En varios estudios se ha observado la adherencia de las mujeres ante el Papanicolaou y sus factores o características relacionados con la realización del PAP son: conocimiento sobre el PAP, antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, vivir en áreas urbanas, número de embarazos, uso de anticonceptivos, actitud frente al PAP, tener actividad sexual, vivir en la costa, visitar periódicamente a un médico o ginecólogo, nivel socioeconómico, inicio temprano de relaciones sexuales, nivel de conocimiento sobre PAP, edad, nivel educativo, tener algún seguro de salud, índice de masa corporal (IMC) normal, el fumar, historia de infección cervical.<sup>15-20-21</sup>

Las Trabajadoras Sexuales Comerciales (TSC) son una población expuesta a un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, debido al inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales<sup>21</sup>, contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y bajo nivel socioeconómico<sup>22</sup>. Por otra parte la mayoría de las TSC no usan condones durante el contacto con sus clientes, quedando el cuello uterino expuesto al contacto con el semen de múltiples parejas.<sup>21</sup>

Estudios recientes que se realizaron en Venezuela compararon la prevalencia de VPH en trabajadoras sexuales en relación con la población general demostraron, que esta infección es más frecuente en las TSC.<sup>21</sup>

El principal factor de riesgo es la infección por VPH; sin embargo, aun no existe un método de diagnóstico precoz disponible en los servicios de salud pública,

que no requiera de exámenes vaginales. La adquisición de la infección por VPH está relacionada con la edad de inicio de relaciones sexuales y al nivel socioeconómico de las mujeres. Aunque la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es a los 18 años, siendo menor el riesgo en comparación a otros lugares como un sector en Colombia, donde el inicio es a los 16 años, o en un sector de Cuba donde es a los 14 años; el 16% de las mujeres refiere su edad de inicio antes de los 15 años, teniendo ellas mayor riesgo.<sup>24</sup>

En cuanto al conocimiento en un estudio en la ciudad Del Rosario en cuanto si habían tenido información sobre el PAP el 92% escucho que se había oído hablar del mismo, lo que concuerda con estudios realizados mundialmente.<sup>23</sup>

Al referirles precisiones sobre los conocimientos que tenían sobre el PAP el mayor porcentaje contesto que no sabían para qué se hacían o contestó mal, lo que contrasta con trabajos realizados en Latinoamérica.<sup>23</sup>

En este mismo grupo de la ciudad de Rosario se verifica que el 84% se hicieron el Papanicolaou alguna vez lo que concuerda con algunos datos, y de este grupo el 76% se lo realizó hace al menos tres años, lo que parece indicar que por lo menos la mayoría está cumpliendo con la prevención del cáncer.<sup>23</sup>

Al cruzar datos como edad con conocimiento se aprecia que las menores de 25 o menos tienen menor conocimiento. El cruce con el nivel de instrucción encontró datos significativos que las que tenían mejor nivel educativo tenían un conocimiento adecuado sobre este tema.<sup>23</sup>

## 6. JUSTIFICACION

Las Bajas coberturas en la prueba de Papanicolaou para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino que es una patología prevenible, y no realización con la frecuencia necesaria en nuestra población, en especial en las TSC que son un grupo de riesgo, por lo cual es importante conocer qué tanto saben las pacientes sobre el Papanicolaou e identificar cuáles son sus actitudes y las prácticas de estas en relación al Papanicolaou.

Al saber cuánto saben las mujeres con respecto al Papanicolaou se tomará en cuenta el porqué de la ausencia en la práctica y al tener esta información en mano se tomará medidas, que hacen que no actúen como deberían. En especial en las Trabajadoras Sexuales que es considerado como un grupo de riesgo. Con lo que aumentará las coberturas de Papanicolaou y el diagnóstico precoz.

## **7. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **7.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA**

Bajas coberturas en la prueba de Papanicolaou para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y no realización con la frecuencia necesaria, en nuestra población en especial en las trabajadoras sexuales comerciales que son un grupo de riesgo, por lo cual es importante conocer qué tanto saben las pacientes sobre el Papanicolaou e identificar cuáles son sus actitudes y las prácticas de estas en relación al Papanicolaou. Además de el desconocimiento de datos epidemiológicos sobre la cobertura de Papanicolaou y la prevalencia de cáncer cuello uterino en las trabajadoras sexuales comerciales en la ciudad de El Alto.

## **8. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

### **Pregunta de Investigación o Planteamiento del problema**

¿Cuál será el nivel de conocimientos, el tipo de actitudes y prácticas acerca del Papanicolaou en las trabajadoras sexuales comerciales que acuden a control en el servicio de ITS/VIH SIDA de la ciudad de El Alto?

## **9. OBJETIVOS**

### **9.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en trabajadoras sexuales comerciales que acuden al programa ITS-VIH/SIDA de la ciudad de El Alto, en relación con unas variables socio demográficas.

### **9.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1º Identificar el grado de conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou en las TSC.
- 2º Determinar cuáles son las actitudes hacia el Papanicolaou en las TSC.
- 3º Determinar si las TSC se practican el Papanicolaou.
- 4º Identificar algunas de las características socio demográficas como edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y procedencia de las TSC en relación al CAP.
- 5º Analizar la relación entre el grado de conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou con la práctica de la misma.
- 6º Análisis de la Actitud y práctica de las trabajadoras sexuales comerciales con respecto a la prueba de Papanicolaou.



## **10. HIPOTESIS**

### **10.1. Análisis conocimiento/práctica**

**H<sub>0</sub>** = No hay relación entre los conocimientos del Papanicolaou y la práctica de las trabajadoras sexuales que acuden al programa ITS-VIH/SIDA.

**H<sub>1</sub>** = Si hay relación entre los conocimientos del Papanicolaou y la práctica de las trabajadoras sexuales que acuden al programa ITS-VIH/SIDA.

### **10.2. Análisis actitudes/práctica**

**H<sub>0</sub>** = No hay relación entre las actitudes del Papanicolaou y la práctica de las trabajadoras sexuales que acuden al programa ITS-VIH/SIDA.

**H<sub>1</sub>** = Si hay relación entre las actitudes del Papanicolaou y la práctica de las trabajadoras sexuales que acuden al programa ITS-VIH/SIDA.

## **11. METODOLOGIA**

### **11.1. Tipo de Estudio**

- Es un estudio cuantitativo de tipo transversal analítico

El Estudio cuantitativo transversal, que es un corte en el tiempo, se inicia con el llenado de las encuestas y concluye con los resultados de los datos estadísticos y el estudio analítico, porque en el estudio se busca asociación entre dos variables, inicia con el análisis de estos datos estadísticos.

### **11.2. Métodos**

Los instrumentos utilizados fueron encuestas estructuradas realizadas con preguntas tipo CAP (Conocimientos, Aptitudes y Prácticas). La encuesta fue elaborada en base a instrumentos similares publicados y se procedió a su validación con una prueba piloto a 5 encuestas en trabajadoras sexuales de la ciudad de El Alto con características similares para corregir errores. Se utilizó el documento de tesis publicado por la Universidad Autónoma de Nicaragua donde se realizó un estudio parecido en mujeres que acuden al servicio de ginecología.

### **11.3. Criterios de inclusión**

Mujeres que son Trabajadoras sexuales comerciales, mayores de 18 años, que acuden a consulta de control en el Servicio de ITS VIH/SIDA de El Alto y que aceptan a participar de la encuesta.

### **11.4. Criterios de exclusión**

Sujetos de sexo masculino (travestis, transformistas, transexuales) que acuden al Servicio de ITS VIH/SIDA de El Alto.

## 11.5. Población universo

Está conformada por 360 trabajadoras sexuales comerciales que realizan su actividad en la ciudad de El Alto, que acuden al consultorio de ITS-VIH/SIDA para su control semanal y actualizar su libreta sanitaria.

### 11.4.1. Muestra

La muestra está representada por 116 trabajadoras sexuales que acuden al consultorio de ITS VIH/SIDA para su control semanal para actualizar su libreta sanitaria.

La muestra se calculó aplicando la siguiente fórmula:

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

$n$  = Tamaño de la población.

$e$  = error máximo permitido para la media muestral

$z$  = % de fiabilidad deseado para la media muestral (en ocasiones aparece como  $k$ ) constante asociada al nivel de confiabilidad (1.96, para el 95%)

$s$  = varianza de la población.

$p$  = % de veces que se supone que ocurre un fenómeno en la población. (0.9)

$q$  = es la no ocurrencia del fenómeno (1-09)

### 11.4.2. Cálculo del tamaño de la muestra

$$n = \frac{1.96^2(0.1/0.9)360}{0.05^2(360-1)+1.96^2(0.1/0.9)}$$

$$n = \frac{3.84(0.11)360}{0.0025(359) + 3.84(0.11)}$$

$$n = \frac{153.664}{0.8975 + 0.4224}$$

$$n = \frac{153.664}{1.3243444}$$

$$n = 116 \text{ muestra}$$

El cual por un factor de expansión se llegara a las 360 donde cada trabajadora sexual representara a 3,1.

### 11.4.3. Factor de expansión

F	3,10344828
---	------------

### 11.4.4. Tipo de muestreo

Corresponde a un estudio por muestreo aleatorio simple

## 11.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó en el hall del Programa ITS VIH/SIDA de la ciudad de El Alto. Se asignó número del 1 al 360, a las historias que acuden a su control, de las cuales se obtuvo 116 como muestra, y se realizó la encuesta a TSC seleccionadas, el llenado se realizó por la persona que presenta la tesis y la Trabajadora Social del Programa. A las seleccionadas se les entrego la hoja de información y el consentimiento informado para que lo leyeran y así conocieran de que se trataba la encuesta, mencionados documentos indican que la encuesta es de forma anónima y el tiempo de llenado es de 10 a 15 minutos y que podían o no firmarlo. La selección y la encuesta duro 12 días donde todas las seleccionadas aceptaron realizar la encuesta pero no todas firmaron el consentimiento informado.

La encuesta fue elaborada en base a instrumentos similares publicados y se procedió a su validación con una prueba piloto a 5 encuestas llenadas con las trabajadoras sexuales que acuden al consultorio de ITS-VIH/SIDA de la ciudad de El Alto con características similares con las cuales se corrigió algunos errores y observaciones.

### La Escala tipo Likert

- Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que disponemos en la investigación social.
- Es una escala para medir las actitudes.

- Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.
- Alternativas o puntos en la escala tipo Likert:

Alternativa A:

- (5) Muy de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (Afirmación)
- (2) En desacuerdo
- (1) Muy en desacuerdo

Alternativa B:

- (5) Totalmente de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Neutral (Afirmación)
- (2) En desacuerdo
- (1) Totalmente en desacuerdo

Alternativa C:

- (5) Definitivamente sí
- (4) Probablemente sí
- (3) Indeciso (Afirmación)
- (2) Probablemente no
- (1) Definitivamente no

Alternativa D:

- (5) Completamente verdadero
- (4) Verdadero
- (3) Ni falso, ni verdadero (Afirmación)
- (2) Falso
- (1) Completamente falso

- Para obtener las puntuaciones de la escala tipo Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se

considera alta o baja respecto del puntaje total (PT); este último está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5.

Para la realización del trabajo se seleccionó la alternativa A.

Las **ACTITUDES** se valoraron por la escala tipo Likert, la cual contiene 5 preguntas con preposiciones negativas y positivas que oscilan en las dimensiones totalmente de acuerdo a totalmente es desacuerdo en dependencia de la direccionalidad de la preposición, asignándole valor máximo de 5 puntos y el mínimo de 1 punto a cada respuesta. Se categorizó de la siguiente manera:

- Actitud buena: 19 – 25 puntos.
- Actitud regular: 12 – 18 puntos.
- Actitud mala: 5 – 11 puntos.

Para la evaluación del **NIVEL de CONOCIMIENTO** se utilizó una escala cuantitativa conformada por 7 preguntas asignándole 1 punto a cada respuesta correcta. Se categorizó el conocimiento en bueno y malo en dependencia del puntaje obtenido:

- Conocimiento bueno: si responde acertadamente 4 a 5 preguntas.
- Conocimiento malo: si logra responder acertadamente menos 4 preguntas.

Las **PRÁCTICAS** se evaluaron mediante 2 preguntas a las cuales se le asignó 1 punto a cada respuesta correcta y 0 puntos a cada respuesta incorrecta, siendo el puntaje de 2 puntos como máximo y el mínimo de 0 puntos. Se categorizó de la siguiente manera:

- Prácticas buenas: Si responde SI a la pregunta 17 y 18  
(2)puntos
- Prácticas malas: Si responde NO a la pregunta 17 y 18  
(0)puntos

## 11.6. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Se realizó el análisis de datos descriptivo para datos cuantitativos se obtuvo medidas de tendencia central y dispersión media, mediana y moda; para variables cualitativas porcentajes y frecuencias, también se realizó un análisis de la información procesándola por el paquete estadístico de SPSS (Statistical Package for Social Sciences), hoja de cálculo de Excel, por tabulación y presentación de datos por tablas, tortas y otros.

Se realizó un análisis bivariante para este análisis se utilizó la prueba de chi-cuadrado para determinar la relación existente entre:

- Conocimiento y práctica de las trabajadoras sexuales comerciales con respecto a la prueba de Papanicolaou.
- Actitud y práctica de las trabajadoras sexuales comerciales con respecto a la prueba de Papanicolaou.

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Edad	Edad cronológica desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la encuesta	CUALITATIVA ORDINAL	Menor de 20 años 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años De 50 años a mas	$\frac{\% \text{ encuestadas decenios}}{\text{Nro de encuestadas}} \times 100$
		CUANTITATIVA CONTINUA	Años	Promedio
Estado civil	Condición marital de la paciente	CUALITATIVO CATEGORICO	Soltera Casada Unión estable Divorciada Viuda	$\frac{\% \text{ estado civil}}{\text{Nro de encuestadas}} \times 10$
Grado de instrucción	Grado o nivel más alto que curso en el sistema de educación.	CUALITATIVA ORDINAL	.Analfabeta Nivel primario Nivel secundario Bachillerato Técnico Licenciatura	$\frac{\% \text{ de grado de instruccion}}{\text{Nro de encuestadas}} \times 100$
Procedencia	Lugar donde nació la encuestada	CUALITATIVA DICOTOMICA	Rural Urbano	$\frac{\% \text{ de procedencia}}{\text{Nro de encuestadas}} \times 100$
Inicio Relación sexuales	Tiempo en el cual inicio su primera relación sexual	CUANTITATIVA CONTINUA	Edad	Promedio
Nº de hijos	Número de hijos que tiene la encuestada	CUANTITATIVA DISCRETA	Ninguno Uno Dos Tres Cuatro o mas	$\frac{\% \text{ de paridad en TSC}}{\text{Nro de encuestadas}} \times 100$



## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES CONOCIMIENTOS

VARIABLES	DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou	Grado de calificación del conocimiento de las TSC sobre la prueba de Papanicolaou.	CUALITATIVA DICOTOMICA	BUENA MALA	-BUENA si logra responder acertadamente 4 a 5 preguntas. -MALO si responde acertadamente a menos de 4 pregunta o no responde acertadamente a ninguna

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES PRÁCTICAS

VARIABLES	DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Nivel de la práctica de las mujeres hacia el Papanicolaou.	Grado de calificación de las prácticas de las mujeres hacia el Papanicolaou.	CUALITATIVA DICOTOMICA	Buena Mala	Bueno si responde acertadamente las pregunta 17 y 18 -Malo si responde NO a la pregunta 17 y 18

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES ACTITUD

VARIABLES	DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA
Nivel de actitud hacia la prueba de Papanicolaou.	Grado de calificación de la actitud de las mujeres hacia el Papanicolaou	CUALITATIVA ORDINAL	Buena. Regular. Mala	<b>Buena.</b> Si la suma de las graduaciones está entre 19 a 25. <b>Regular.</b> Si la suma se encuentra entre 12 a 18. <b>Mala.</b> Si la suma de las graduaciones está entre 5 a 11

## FUENTES DE INFORMACION

Fuente de datos primaria, es decir recolección de los datos por medio de una encuesta a cada trabajadora Sexual Comercial.

## 12. ASPECTOS ÉTICOS

En este estudio:

Se respeta el ***principio de autonomía***, debido a que la participante ha accedido a la encuesta con un consentimiento informado, indicándole previamente que se realizará de forma anónima y respetando su decisión si no quiere participar de dicha encuesta.

También se respeta el ***principio de beneficencia*** porque se les hará entrega de trípticos informativos acerca del Papanicolaou para la prevención de cáncer de cuello uterino, y los resultados de este estudio a la vez servirán para identificar cuáles son las causas por las cuales las mujeres no acuden a la realización de la prueba de Papanicolaou como corresponde y poder así tomar acciones a futuro en beneficio del uso de la prueba.

Se respeta el ***principio de no maleficencia*** porque se realizará una encuesta con preguntas que no dañan la dignidad de las encuestadas, ya que esta tiene preguntas exclusivamente relacionadas a los objetivos del trabajo, es decir, conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al Papanicolaou.

El ***principio de justicia*** es respetado porque la encuesta y los datos en esta son anónimos respetando y protegiendo sus derechos. Sin existir preguntas acerca del trabajo que ellas realizan.

## 13. RESULTADOS

Durante los meses de abril y mayo del 2011 que se realizó el presente estudio en el programa de ITS-VIH/SIDA de 360 pacientes que acuden a su control se realizó una muestra de tipo aleatoria simple a 116 Trabajadora Sexuales Comerciales para el estudio.

1. Las características **socio demográficas** obtenidas en el estudio fueron las siguientes:

a) La **edad** de las pacientes oscila entre mínimo de 19 años a un máximo de 55 años de edad, con una media de 31.5, mediana de 30.5 y la moda de 24 años de todas las pacientes encuestadas. (tabla 1)

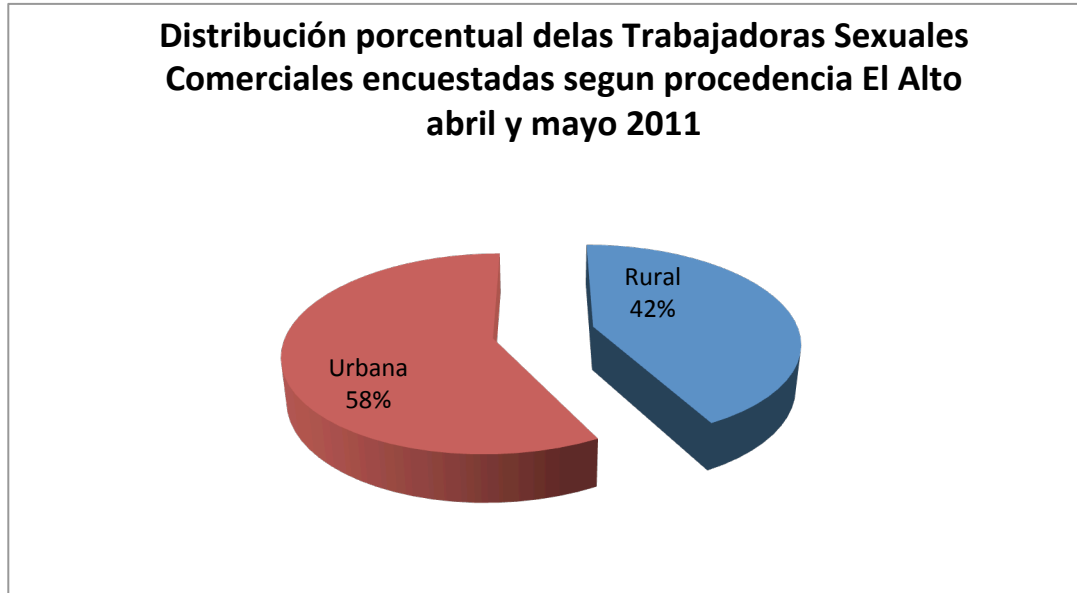
### Cuadro 1

Distribución de edad por decenios Trabajadoras Sexuales Comerciales El Alto abril y mayo 2011

Edad en decenios	Frecuencia	Porcentaje
Menor 20 años	4	3%
21 a 30 años	54	47%
31 a 40 años	42	36%
41 a 50 años	15	13%
mayor a 51 años	1	1%
Total	116	100%

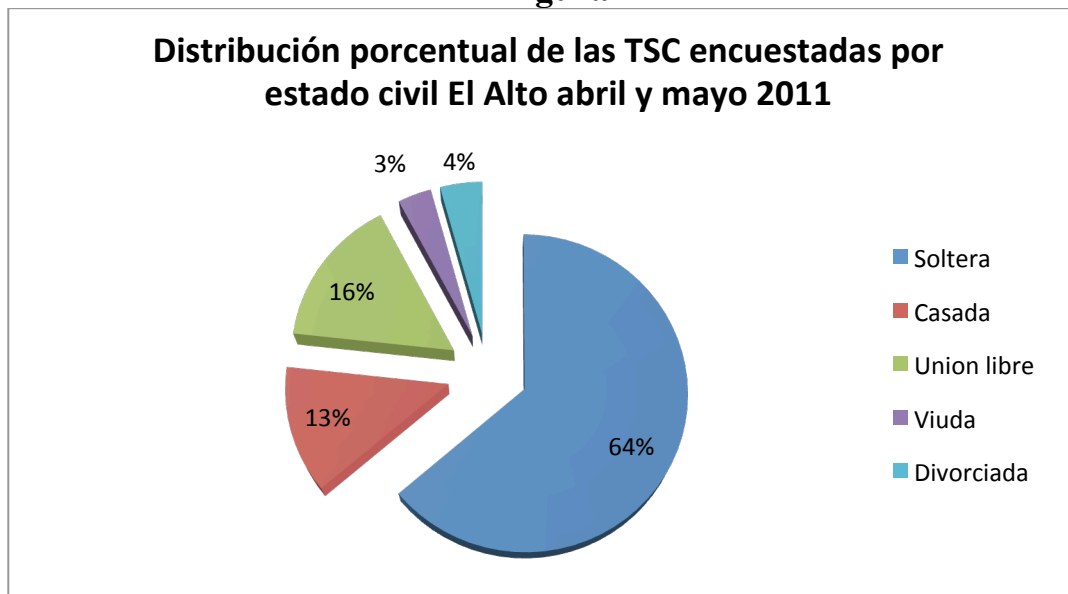
- b) Con relación a la procedencia se aprecia que una mayor parte pertenece a el área urbana(Figura 1)

**Figura 1**



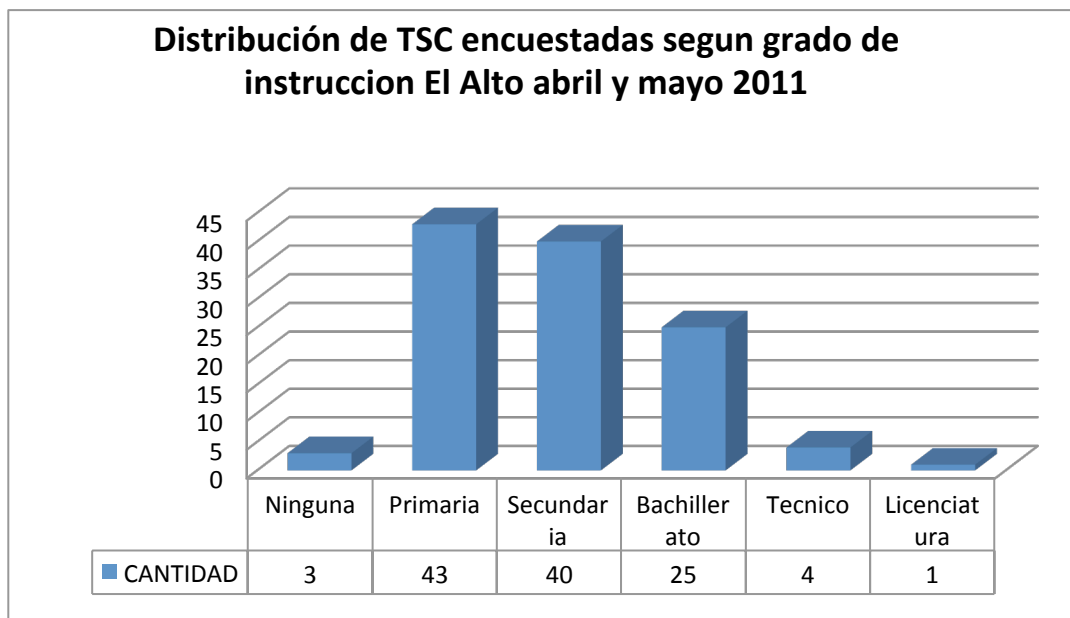
- c) Con respecto al estado civil de las Trabajadoras Sexuales Comerciales se aprecia que la mayoría son solteras incluyendo también a las que no tienen pareja como las viudas y divorciadas. (Figura 3)

**Figura 2**



- d) Se aprecia que en una gran parte de las trabajadoras sexuales Comerciales han recibido algún grado de instrucción llegando a técnico y licenciatura y muy pocas no recibieron educación alguna. (figura 3)

**Figura 3**



- e) El inicio de Relaciones sexuales varía teniendo como un mínimo de edad de 13 años, un máximo de 28 años, con una media de 16.75 mediana de 16 años, moda de 16 años, se aprecia que la mayoría inicia relaciones sexuales a la edad de 16 a 17 años.

**Estadísticos**

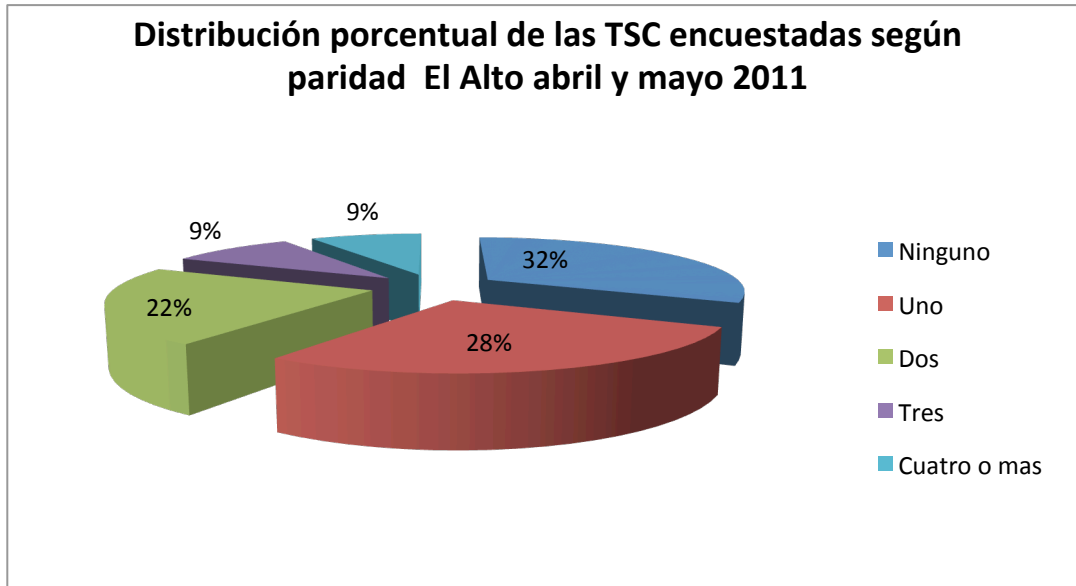
INICIO DE REL. SEXUALES

N	Válidos	116
	Perdidos	0
Media		16,75
Mediana		16,00
Moda		16 <sup>a</sup>
Varianza		5,824
Mínimo		13
Máximo		28

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

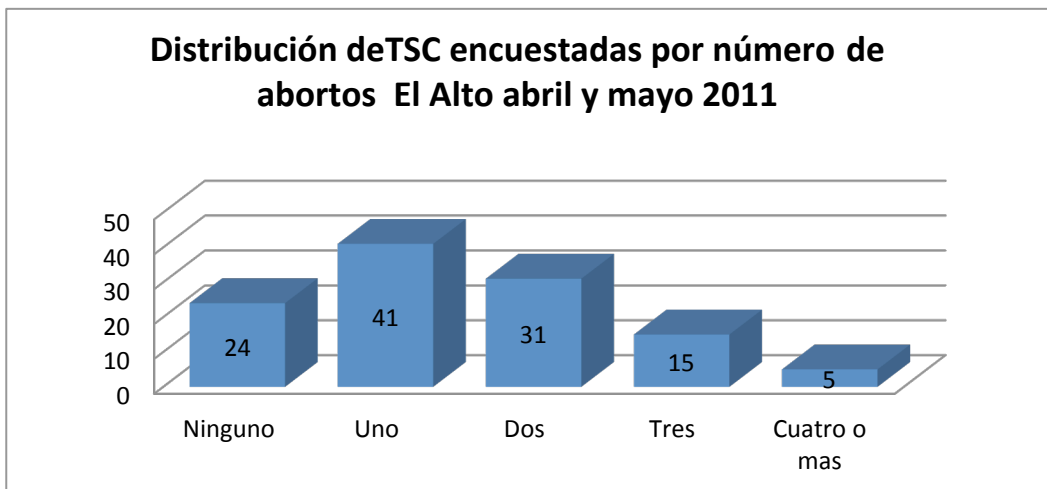
- f) Se aprecia en las Trabajadoras Sexuales Comerciales que la mayoría casi 70% tiene desde un hijo a más y que son pocas las que no tienen ninguno, tal vez podría deberse al trabajo que realizan. (Figura 4)

**Figura 4**



- g) En la figura se aprecia que de las 116 encuestadas solo 24 nunca se han realizado un aborto, apreciando que la mayoría si tuvo uno o más tal vez dicho resultado pueda deberse al oficio que ellas realizan y el poco cuidado que tienen. (Figura 5)

**Figura 5**



Se aprecia ya en porcentaje que casi el 80% de las encuestadas se realizaron un aborto en su vida. (Figura 6).

**Figura 6**



- Mas resultados socio demográficos ver anexos
  2. Con relación a la Identificación de los **CONOCIMIENTOS** de la prueba de Papanicolaou se pudo identificar lo siguiente:
    - a) Después de realizar las preguntas de conocimiento sobre la prueba de PAP, se obtuvo que más de la mitad de las encuestadas tiene un conocimiento bueno o aceptable acerca del Papanicolaou. (Figura 7)

**Cuadro 2**

<b>Distribución de TSC encuestadas según su conocimiento El Alto abril y mayo 2011</b>		
CONOCIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE
Bueno	64	55%
Malo	52	45%
Total	116	100%

3. Con respecto a la **ACTITUD** de TSC con la prueba de PAP se realizó una valoración mediante una escala, la escala tipo Likert donde se aprecia que más del 80% tienen una buena actitud hacia la prueba de Papanicolaou. (Figura 8).

**Cuadro 3**

<b>Distribución de TSC encuestadas sobre su actitud El Alto abril y mayo 2011</b>		
<b>ACTITUD</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Buena</b>	<b>95</b>	<b>81,9</b>
<b>Regular</b>	<b>14</b>	<b>12,1</b>
<b>Mala</b>	<b>7</b>	<b>6</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

4. Para determinar las **PRÁCTICAS** de las TSC sobre al PAP tenemos.

a) Para la valoración de si la práctica es buena se tomo en consideración las siguientes preguntas, si se realizo el PAP alguna vez y si se realizo el PAP donde se aprecia que la mayoría tienen una buena práctica es decir que se realizan el Papanicolaou. (Cuadro 9)

**Cuadro 4**

<b>Distribución de TSC encuestadas según su práctica El Alto abril y mayo 2011</b>		
<b>PRÁCTICA</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Buena</b>	<b>95</b>	<b>81,9</b>
<b>Mala</b>	<b>21</b>	<b>18,1</b>
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100</b>



5. El análisis de la relación del grado de **CONOCIMIENTO** sobre la prueba de Papanicolaou con la **PRÁCTICA** se obtuvo que:

Cuadro 5

Tabla de contingencia **conocimiento/practica**

		PRACTICA		Total
		Buena	Mala	
CONOCIMIENTO	Bueno	55	9	64
	Malo	40	12	52
Total		95	21	116

Donde la Razón de prevalencia no muestra diferencia entre los dos grupos de conocimientos:

$$\begin{aligned}
 RP &= (a/a+b)/(c/c+d) \\
 &= (55/55+9)/(40/40+12) \\
 &= 0,86/0,77 = 1,1
 \end{aligned}$$

Esto significa que la presencia de un conocimiento bueno es 1,1 veces mas frecuente en TSC con práctica calificada como buena.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,572 <sup>a</sup>	1	,210		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	1,023	1	,312		
Razón de verosimilitudes	1,565	1	,211		
Estadístico exacto de Fisher				,233	,156
Asociación lineal por lineal	1,559	1	,212		
N de casos válidos	116				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,41.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Según nuestro resultado el valor de chi cuadrado 1.572 es menor al valor de tabla 3.84, grados libertad de 1, por lo que se acepta la hipótesis nula que indica que no hay relación entre estas dos variables (conocimiento – practica), tal como también lo expresa la RP explicada líneas arriba.

6. El análisis de la relación entre la **ACTITUD** con la sobre la prueba de Papanicolaou sobre la **PRACTICA** se obtuvo que:

Tabla de contingencia **actitud/practica**.

**Cuadro 6**

Tabla de contingencia ACTITUD \* PRACTICA

		PRACTICA		Total
		Buena	Mala	
ACTITUD	Buena	90	14	104
	Mala	5	7	12
Total		95	21	116

Donde la Razón de prevalencia muestra diferencia entre los dos grupos de actitud:

$$\begin{aligned}
 RP &= (a/a+b)/(c/c+d) \\
 &= (90/90+14)/(5/5+7) \\
 &= 0,86/0,42 = 2
 \end{aligned}$$

Esto significa que la practica de una actitud considerada como buena es 2 veces mas frecuente en TSC con práctica calificada como buena.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	14,611 <sup>a</sup>	1	,000	,001	,001	
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	11,741	1	,001			
Razón de verosimilitudes	11,252	1	,001	,001	,001	
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001	
Asociación lineal por lineal	14,485 <sup>c</sup>	1	,000	,001	,001	,001
N de casos válidos	116					

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 3,806.

Según nuestro resultado el valor de chi cuadrado es de 14.611 es mayor al valor de tabla 3.84, grados libertad de 1, por lo que se acepta la hipótesis alterna que indica que, existe relación entre estas dos variables actitud y practica, tal como también lo expresa la RP explicada líneas arriba.

**Distribución del CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA relacionado con edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y procedencia. (Cuadro 7)**

Cuadro 7

VARIABLES		CONOCIMIENTO	ACTITUD	PRACTICA
<b>EDAD</b>	<20 años	Buenos 3% (4) Malos 1% (1)	Buena 3% (4) Regular 0% (0) Mala 0% (0)	Buena 3% (4) Mala 0% (0)
	De 21 a 30 años	Buenos 23% (27) Malos 23% (27)	Buena 30% (46) Regular 4% (5) Mala 3% (3)	Buena 36% (42) Mala 10% (12)
	De 31 a 40 años	Buenos 23% (27) Malos 13% (15)	Buena 30% (35) Regular 4% (5) Mala 2% (2)	Buena 31% (36) Mala 5% (6)
	De 41 a 50 años	Buenos 6% (7) Malos 7% (8)	Buena 9% (10) Regular 3% (3) Mala 2% (2)	Buena 10% (12) Mala 3% (4)
	>51 años	Buenos 0% (0) Malos 1% (1)	Buena 0% (0) Regular 1% (1) Mala 0% (0)	Buena 1% (1) Mala 0% (0)
<b>PARIDAD</b>	Nuliparidad	Buenos 12% (14) Malos 20% (23)	Buena 25% (29) Regular 7% (8) Mala 0% (0)	Buena 12% (14) Mala 20% (23)
	Primíparas	Buenos 15% (17) Malos 13% (15)	Buena 23% (27) Regular 2% (2) Mala 3% (3)	Buena 15% (17) Mala 13% (15)
	Secundíparas	Buenos 18% (21)	Buena 20% (23)	Buena 18% (21)

		Malos	4% (5)	Regular	2% (2)	Mala	4% (5)
	3 partos	Buenos	5% (6)	Buena	8% (9)	Buena	5% (6)
		Malos	4% (5)	Regular	0% (0)	Mala	4% (5)
	4 partos	Buenos	5% (6)	Buena	6% (7)	Buena	5% (6)
		Malos	3% (4)	Regular	2% (2)	Mala	3% (4)
				Mala	1% (1)		
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Analfabeta	Buenos	1% (1)	Buena	3% (3)	Buena	3% (3)
		Malos	2% (2)	Regular	0% (0)	Mala	0% (0)
	Primaria	Buenos	19%(22)	Buena	28% (33)	Buena	31% (33)
		Malos	18% (19)	Regular	6% (7)	Mala	6% (7)
				Mala	3% (3)		
	Secundaria	Buenos	18% (21)	Buena	29% (34)	Buena	27% (31)
		Malos	16% (19)	Regular	3% (4)	Mala	8% (9)
			Mala	2% (2)			
Bachillerato	Buenos	16% (19)	Buena	19% (22)	Buena	18% (21)	
	Malos	5% (6)	Regular	2% (2)	Mala	3% (4)	
			Mala	1% (1)			
Técnico	Buenos	1%(1)	Buena	2% (2)	Buena	3% (3)	
	Malos	3% (3)	Regular	1% (1)	Mala	1% (1)	
			Mala	1% (1)			
Licenciatura	Buenos	0% (0)	Buena	1% (1)	Buena	1% (1)	

		Malos	1% (1)	Regular	0% (0)	Mala	0% (0)
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera	Buenos	34% (40)	Buena	53% (62)	Buena	53% (61)
		Malos	29% (34)	Regular	6% (7)	Mala	11% (13)
				Mala	4% (5)		
	Casada	Buenos	8%(9)	Buena	9% (11)	Buena	10% (12)
		Malos	5% (6)	Regular	3% (3)	Mala	3% (3)
				Mala	1% (1)		
	Unión Estable	Buenos	8% (9)	Buena	13% (15)	Buena	12% (14)
		Malos	8% (9)	Regular	2% (2)	Mala	3% (4)
				Mala	1% (1)		
	Viuda	Buenos	2% (2)	Buena	2% (2)	Buena	3% (3)
		Malos	1% (1)	Regular	2% (2)	Mala	1% (1)
				Mala	0% (0)		
	Divorciada	Buenos	3%(4)	Buena	4% (5)	Buena	4% (5)
		Malos	1% (1)	Regular	0% (0)	Mala	0% (0)
				Mala	0% (0)		
<b>Procedencia</b>	Urbano	Buenos	34% (40)	Buena	43% (50)	Buena	47% (55)
		Malos	23% (27)	Regular	9% (10)	Mala	10% (12)
				Mala	6% (7)		
	Rural	Buenos	21%(24)	Buena	39% (45)	Buena	34% (40)
		Malos	22% (25)	Regular	3% (4)	Mala	8% (9)
				Mala	0% (0)		

## 14. DISCUSION

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y analítico, realizado en base a los datos recabados de las encuestas hechas a 116 trabajadoras sexuales comerciales que acuden a su control en el programa de ITS-VIH/SIDA en el periodo de abril y mayo del año en curso.

El análisis y la valoración de estos resultados se vieron poco restringidos, pues se estudió una población específica (TSC), cuyos datos obtenidos se relacionaron directamente con el nivel de conocimiento, actitud y practica razón por la cual solo se presentan los de mayor significación.

Además de ello, en la literatura médica nacional y extranjera suelen abordarse más el tema de ITS-VIH y SIDA en las Trabajadoras Sexuales Comerciales y muy poco sobre el Papanicolaou.

En relación a las características de la población en estudio, la mayoría de las Trabajadoras Sexuales Comerciales entrevistadas se encuentran entre los decenios 21 a 40 años de edad (47% y 37%). Datos parecidos que se encuentran en un trabajo similar en el Hospital La Paz donde el 46% es de 20 a 29 años de edad y el 23% es de 30 a 39 años de edad. En el estudio realizado en la universidad Interamericana de la ciudad de El Rosario el 55% eran menores de 25 años de edad<sup>19,20,23</sup>, en nuestro estudio como en otros se aprecia que predomina las edades entre 20 a 40 años de edad, que puede deberse a que a esa edad las Trabajadoras Sexuales Comerciales tienen mayor actividad que las menores de 20 porque es prohibido que realicen actividad sexual las menores de edad, y las personas mayores de 40 años puede que no tengan mucha clientela, que terminan dejando esta actividad, a pesar que se encuentre en nuestro estudio personas mayores de 50 años.

Con respecto a la procedencia existe un 58% más del área urbana que del área rural a diferencia del estudio en la ciudad de Sucre que la mayor parte correspondía al área rural<sup>22</sup>. Puede deberse que nuestro estudio se realizó en el Programa Regional de la ciudad de El Alto donde es el punto de encuentro de las Trabajadoras Sexuales Comerciales y que si existe más del área urbana es porque en nuestra población las del área rural se dedican más al cultivo de

tierras que a otra actividad y cuando llegan a la ciudad no ven muchas oportunidades de trabajo.

Con respecto al estado civil en las Trabajadoras Sexuales Comerciales las solteras son en mayor proporción en unos 64%, seguidas de las casadas o en unión estable. A diferencia de los datos que se encontraron en el trabajo de el Hospital La Paz donde predominan la casadas que las solteras. Se puede deber a que cuando las trabajadoras sexuales comerciales deciden formalizar una relación dejan el oficio para dedicarse a la familia pero también se ve casos donde la TSC después de casada continúa con el oficio porque en la pareja la que trabaja es ella. (29%)

En el 37% de las Trabajadoras Sexuales Comerciales curso hasta el nivel primario, el 34% hasta secundaria y el 21% llegó a bachillerato, y el 6% técnico y licenciatura la pregunta sería el porqué si tienen algún grado de instrucción como bachillerato, técnico y licenciatura se dedican al oficio podría deberse a no presentan buenas oportunidades de trabajo o directamente a que la paga es mayor e inmediata lo cual no deja que terminen sus estudios o que tiene hijos y no pueden continuar con una profesión. Los resultados son parecidos al estudio del Hospital La Paz donde el 64% acudió hasta secundario y el 27% hasta primaria, en el estudio de la ciudad de Rosario el 67% estudiaron hasta primaria. Se evidencia muy claramente que la población en estudio es población que tiene algún grado de instrucción.

En el inicio de las relaciones sexuales se tiene que la mayoría inicio a sus 16 y 17 años de edad, casi el mismo resultado se obtuvo en la ciudad de Sucre<sup>22</sup>, esto indica y asevera lo encontrado en la literatura el inicio de la realización del PAP a los 20 a 21 años de edad. Se aprecia al mismo tiempo que el inicio de las relaciones sexuales es más temprano en las jovencitas y que no tiene mucha orientación sobre el sexo.

El 68% de las encuestadas tiene de uno a cuatro hijos dejando solo un 32% sin ningún hijo, tomando en cuenta que la paridad es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Y al mismo tiempo que la paridad es aumentada a pesar de que se encuentra TSC que una gran parte son solteras pero si tienen

hijos podría deberse a la actividad que ellas realizan y no realizaron el cuidado respectivo.

Al mismo tiempo se encontró que el 79% de las trabajadoras sexuales tuvo un aborto o más en alguna oportunidad, con lo que aumenta en mayor proporción el riesgo presentar cáncer de cuello uterino como indica la literatura estudiada. Y nos indica más aun que no tienen la debida orientación para el cuidado y que algunos clientes les solicitan tener relaciones sin condón y ellas aceptan teniendo como resultado un embarazo no deseado lo cual lleva a un aborto o más.

El nivel de conocimiento de las TSC sobre la prueba de Papanicolaou se encuentra un poco por encima del 50% donde se obtuvieron conocimientos buenos (55%), el mismo datos se obtuvo en la ciudad de Sucre<sup>22</sup>, en el Hospital La Paz el 64%<sup>20</sup>, en el estudio de la ciudad de El Rosario, Hospital Nicaragüense<sup>6</sup>, en otras como en el Hospital San Bartolomé con respecto a los conocimientos que son ligeramente elevados a nuestros porcentajes obtenidos. Si se habla de conocimiento con las preguntas que se realizaron en la encuesta tendría estas que ser en un porcentaje mayor al obtenido pero se aprecia notablemente que las TSC no tienen un buen conocimiento acerca del Papanicolaou que se encuentran mal informadas o caso contrario con información tergiversada. Pero como se vera en el trabajo que el conocimiento no tiene nada que ver con la practica en especial en este grupo. En el policlínico 30 de Noviembre de Cuba se obtuvo un resultado de 86% de nivel de conocimientos entre las entrevistadas. En general se aprecia que el conocimiento no es muy bueno tanto en la población general como en las trabajadoras sexuales.

Las actitudes hacia la prueba de Papanicolaou resulto ser buenas en la mayor parte de las encuestadas (82%) superiores a los resultados que se obtuvieron en otros estudios como en la ciudad de Sucre con el 75% de buena actitud<sup>22</sup> y en un estudio en el Hospital San Bartolomé de Lima se tiene que el 66% tienen una actitud favorable hacia el Papanicolaou encontrándose un poco por debajo de nuestros resultados y muy superiores a los que se obtuvieron en Hospital Nicaragüense (39%) con promedios muy bajos que fueron muy bajos según



indica el estudio<sup>6</sup>, la buena actitud de la trabajadoras sexuales comerciales puede deberse a el control semanal que se realizan y otras pruebas laboratoriales que se realizan en forma mensual que ha hecho en ellas, que tomen una buena actitud hacia su salud e incluso mucho más que en la población general.

Entre las TSC encuestadas existe un alto porcentaje de que se han realizado la prueba de Papanicolaou, aunque no sea tan alta en los últimos tres años (82%), sin embargo este resultado es elevado o superior a los datos encontrados en el Hospital San Bartolomé (Lima), En el Hospital Nicaragüense. En el Hospital La Paz<sup>20</sup>, y en la ciudad de Sucre. Se aprecia notablemente que existe mayor práctica en las trabajadoras sexuales, a pesar que los datos obtenidos de el Programa ITS-VIH/SIDA indican que no se tienen buenas coberturas, ellas se los realizan en otro Centro de Salud u otro lugar

## 15. CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento de las de las Trabajadoras Sexuales Comerciales sobre el Papanicolaou es algo insuficiente.

Las actitudes de las Trabajadoras Sexuales Comerciales sobre el Papanicolaou fueron buenas en su mayoría.

La mayoría de las Trabajadoras Sexuales Comerciales que acuden a control en el programa ITS-VIH/SIDA se han realizado el Papanicolaou.

El nivel de conocimiento sobre el Papanicolaou es mejor en las solteras, en las de procedencia urbana y en las de menor paridad o ninguna y menores de 40 años, no se ve alterada con el grado de instrucción.

La práctica es mejor en aquellas que llegaron hasta bachillerato, en las menores de 40 años, a menor paridad y en las solteras.

La actitud es buena hasta los 40 años, en el área urbana, en las solteras, el grado de instrucción hasta bachillerato y con las de menor paridad.

Se evidencia en las Trabajadoras Sexuales Comerciales que no existe relación entre los conocimientos con la práctica de Papanicolaou y que la actitud con la práctica si están relacionados.

## **16. RECOMENDACIONES**

Para futuros estudios teniendo ya los datos estadísticos que se proporcionan en el trabajo, se recomienda realizar un estudio cualitativo, tomando énfasis en la pregunta ¿Donde se realiza el Papanicolaou?, (Nombre) ya que la mayoría de las encuestadas respondió que si se había realizado el Papanicolaou, pero las coberturas en el Programa de ITS-VIH/SIDA, son bajas. Enfatizar que siendo un grupo de riesgo desconoce la importancia del Papanicolaou.

Para el programa recomendar, establecer como norma la toma de Papanicolaou a las Trabajadoras Sexuales Comerciales que ingresan como nuevas al programa ITS-VIH/SIDA.

## **17.LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El Siguiete estudio tiene una validez interna, porque los datos obtenidos de podrán aplicar a la población de estudio, usuarias del control semanal de ITS VIH/SIDA.

Este estudio cuenta con validez interna y externa por la forma de calcular la muestra, la información puede inferirse a la 360 trabajadoras sexuales comerciales registradas.

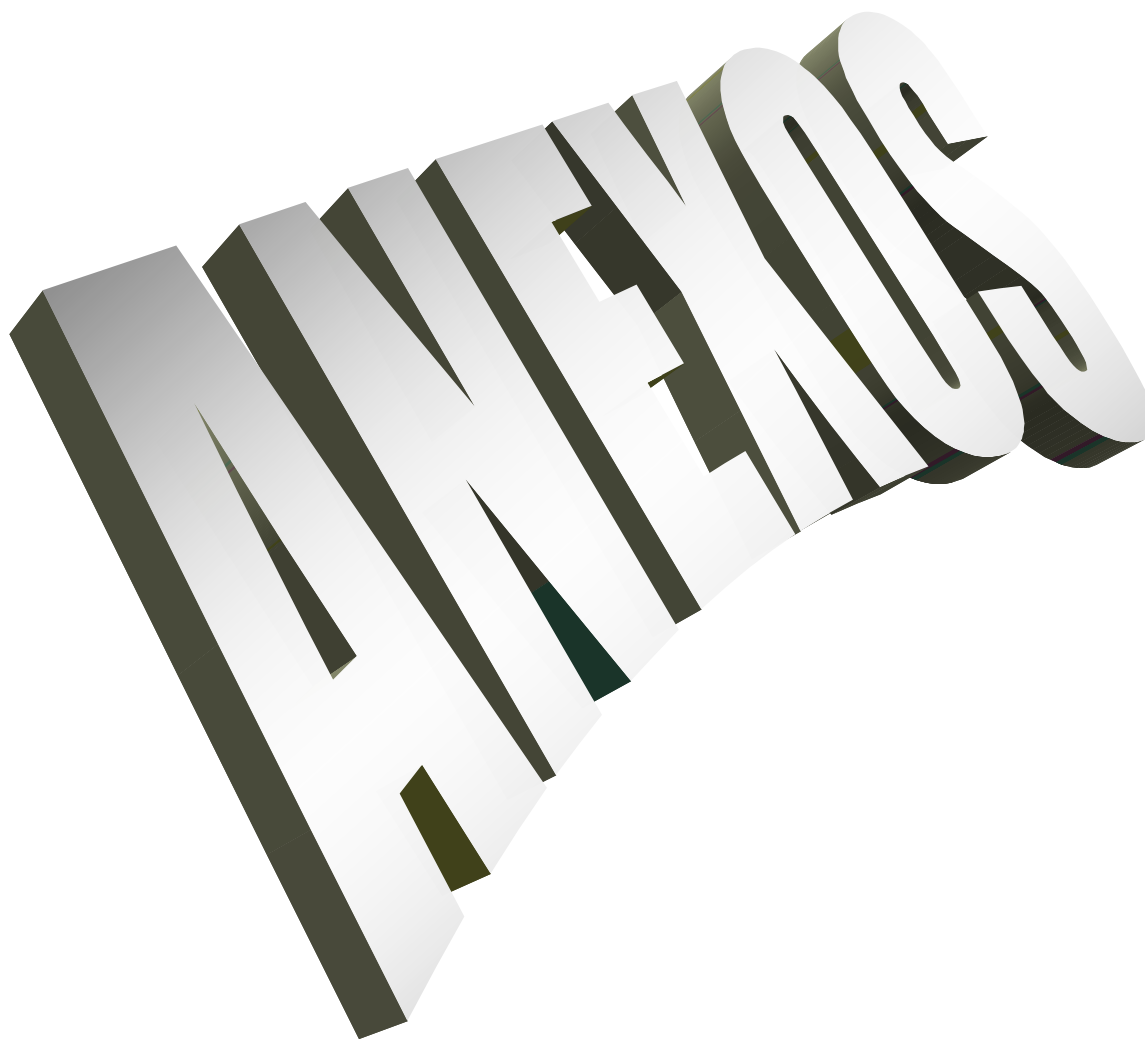
## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- (1) Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de cuello uterino 2009 – 2015, 2009; volumen 1 Impreso en La Paz - Bolivia.
- (2)Ulises Trejo A., José Arturo Granados c., Luis Hernández, Guadalupe Delgado. Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cervico uterino en las mujeres trabajadoras de una Universidad de la ciudad de mexico. Revista Española de Salud Pública May - Jun 2005; 79:403-414.
- (3)Francisco Soto S., Graciela Martin P., Normelbis Carballo P., Teresa Benitez G. Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. Medisan 2003; 7(2):8-16.
- (4)Carolina Wiesner, Marcela Vejarano, Juan Carlos Caicedo, Sandra Tovar, Ricardo Cendales D. La citología del cuello uterino en Soacha Colombia: representantes sociales, barreras y motivaciones. Rev. Salud Publica Vol. 8 (3) Bogotá 2006.
- (5)Ministerio de salud pública Ecuador. Proyectos de salud sexual y reproductiva de emergencias con énfasis en ITS Y VIH/SIDA, 2009; volumen 1 Impreso en el Ecuador.
- (6)Noel Soza Rodríguez, Conocimiento, actitudes y practicas sobre papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán año 2006; Vol I Managua.
- (7)Fernando Bazan, Margarita Posso, Cesar Gutierrez. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolau.

- (8) Ministerio de Salud y Previsión Social Bolivia. Norma Nacional reglas protocolos y procedimiento para la detección y control del cáncer de cuello uterino. Serie documentos técnicos 7; 2001: 17
- (9) Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Plan Estratégico Nacional de Prevención, Control y Seguimiento del cáncer de cuello uterino 2009-2013; 2009, Bolivia.
- (10) Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Compilación bibliográfica relacionada con VIH/SIDA en Bolivia 1985 – 2000, vol. 1, Bolivia 2002.
- (11) De La Gálvez Alberto, Pando Ramiro, Padilla Mario; Teoría y práctica de la investigación en salud, Medicon. La Paz. 2010; 17(1):207-221.
- (12) Instituto Nacional de Cáncer de los Institutos de cáncer de EEUU Publicación 27; Lo que necesita saber del cáncer de cérvix 2009.
- (13) Caja Costarricense de seguro Social Departamento de Relaciones Publicas EL PAPANICOLAU. San José Costa Rica, 1996 [www.binasss.sacr/poblacion/papanicolau.htm](http://www.binasss.sacr/poblacion/papanicolau.htm)
- (14) Anido Lorena Técnicas en atención primaria citología de cérvix o test de Papanicolaou. Coruña, 2006 [www.fistera.com/material/técnicas/citocervix/citocervix.asp](http://www.fistera.com/material/técnicas/citocervix/citocervix.asp)
- (15) Sociedad Americana del Cáncer. Prevención y factores de riesgo: Cáncer de cuello uterino 2006. [ww.cancer.org/](http://www.cancer.org/)
- (16) Spiegel, Munrray L. Estadística. II Edición serie Schawm Mac Grau-Gil Editores. Pág. 538, Madrid 1991.
- (17) Zas Ros Babara. Prevención en salud algunos referentes conceptuales; Psicología Online Habana-Cuba 2001.

- (18) Gamarra, Carmen y col. Conocimiento, actitudes y practica del test de Papanicolaou para la prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres de argentina; Rev. Salud Pública 2005; 39 Argentina.
- (19) Gutiérrez C., Romaní F., Ramos J., Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino examen de Papanicolaou en mujeres peruanas en edad fértil 1996-2008; Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010 Lima Perú.
- (20) Zenteno Virginia., Rivas José, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el hospital la paz; archivo Hosp. La Paz Vol. 5 N 2; 2007, La Paz Bolivia.
- (21) De Sousa Andrea, Mata Gloria, Camejo María; Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de los Teques; Rev. Obstetricia Ginecología, 67(4): 238-245. 2007 Venezuela.
- (22) Cardozo, Jorge; Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino en el municipio de sucre, Bolivia. Sucre, abril de 2004 Marie Stopes: Bolivia.
- (23) Cambraia Carlos, Picena Juan; Conocimiento, actitudes y práctica del examen de Papanicolaou entre mujeres que acuden al centro de salud Ciudad de Rosario. Universidad Interamericana San Marcos, 2008.Argentina.
- (24) Charles Huamani, Ana Hurtado, Manuel Guardia; Conocimientos, actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima-Perú 2007; Rev. Perú Med. Exp Salud Publica 2008; 25(1) 44-55







ANEXOS**CRONOGRAMA:**

ACTIVIDADES	DURACION	Octubre	Noviembre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
		1ra 2da 3ra 4ta	1ra 2da 3ra 4ta	1ra 2da 3ra 4ta	1ra 2da 3ra 4ta	1ra 2da 3ra 4ta	1ra 2da 3ra 4ta	3ra 4ta	3ra 4ta
Realización del proyecto de tesis	15 días	X X X							
Elaboración	3 días		X X X						
Validación de la encuesta				X X X X					
Aplicación de la encuesta	60 días				X X X X	X X X X			
Recolección de datos	12 días				X X	X X			
Análisis de los datos	30 días					X	X X X X		
Corrección de documento	15 días							X X	
Defensa de tesis	3 días								X X

## ANEXOS

SELECCIÓN DE LA MUESTRA			
Nro.	Selección		
1	263	3	
2	136	6	
3	170	9	
4	308	13	
5	220	19	
6	115	20	
7	20	25	
8	268	33	
9	55	34	
10	69	38	
11	211	41	
12	246	44	
13	164	49	
14	351	51	
15	269	56	1
16	276	55	
17	290	59	
18	154	57	2
19	316	65	
20	92	67	
21	93	75	
22	218	78	
23	277	82	
24	106	83	
25	224	91	
26	259	92	
27	176	93	
28	146	97	
29	236	99	
30	221	102	
31	158	114	
32	28	115	
33	240	118	
34	340	121	3
35	62	123	
36	124	126	
37	315	136	4
38	16	133	
39	280	135	
40	100	142	
41	264	145	
42	240	141	5
43	4	147	
44	163	148	

CAP SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES

Cursante: Dra. Angela Mendoza Baldivieso

45	75	153	
46	20	161	
47	217	155	6
48	11	165	
49	335	167	
50	13	173	
51	357	175	
52	159	178	
53	161	170	7
54	61	180	
55	250	183	
56	42	184	
57	160	185	
58	306	189	
59	244	191	
60	115	193	8
61	91	200	
62	279	202	
63	33	204	
64	104	210	9
65	140	206	
66	121	211	10
67	341	208	
68	27	212	
69	1	215	
70	118	216	
71	62	225	
72	167	232	
73	274	246	
74	281	249	11
75	360	248	
76	169	255	
77	11	256	
78	206	263	12
79	210	258	
80	62	259	
81	32	271	13
82	227	261	
83	71	267	
84	169	277	
85	356	278	
86	122	286	14
87	217	290	
88	199	292	
89	324	297	
90	143	298	
91	237	299	
92	256	291	15
93	22	301	

CAP SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES

Cursante: Dra. Angela Mendoza Baldivieso

94	214	304	
95	58	309	
96	353	300	16
97	72	310	
98	342	311	
99	136	313	
100	206	320	
101	148	321	
102	215	322	
103	37	330	
104	245	331	
105	184	332	
106	140	333	
107	29	334	
108	93	337	
109	229	338	
110	349	345	
111	175	347	
112	248	351	
113	151	355	
114	160	357	
115	59	348	17
116	222	360	

La Paz, 22 marzo del 2011

Señor:  
Dr. Juan Vega  
**JEFE DEL PROGRAMA ITS-VIH/SIDA  
EL ALTO**  
Presente.-

Estimado Doctor:

Mediante la presente saludar a su autoridad y al mismo tiempo desearle éxitos en la labor que desempeña.

Como le había comentado anteriormente de forma verbal que me encuentro realizando la Maestría de Salud Pública mención Epidemiología en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, y como tema de investigación es el Papanicolaou cuyo título es el siguiente **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE ACUDEN AL PROGRAMA ITS-VIH/SIDA DE LA CIUDAD DEL ALTO EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2011”**

La siguiente es para solicitarle autorización para realizar una encuesta dentro del programa en los meses de abril y mayo a las Trabajadoras sexuales que acuden a control y la revisión de algunas historias clínicas seleccionadas.

Con el compromiso de hacer la entrega de todos los resultados obtenidos dentro de la encuesta al programa de ITS-VIH/SIDA.

Sin otro particular y espera de una respuesta me despido con las consideraciones más distinguidas.

Dra. Angela Mendoza Baldivieso  
C.I. 4743277 L.P.

cc/arch

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA**

**Tema:** CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE ACUDEN AL PROGRAMA ITS-VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2011

**Investigadora Responsable:** Dra. Angela Mendoza Baldivieso

**Lugar:** Programa ITS-VIH/SIDA El Alto

**HOJA DE INFORMACIÓN**

Estimada señora(ita):

Nos encontramos realizando un estudio sobre **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE ACUDEN AL PROGRAMA ITS-VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2011**, cuya Investigadora Responsable es la Dra. Angela Mendoza Baldivieso, alumna de la Maestría en Salud Pública mención Epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). Este estudio busca conocer cuánto sabe usted sobre la prueba de Papanicolaou, su opinión y su comportamiento sobre esta prueba, o sea, si tiene algo que ver el grado de conocimiento que usted tiene sobre la prueba de Papanicolaou con la práctica de la misma, así como, conocer su estado civil (si es soltera, casada, etc.), su procedencia (si es de la ciudad o viene del área rural), su grado de instrucción (si ha estudiado o no, y si lo ha hecho hasta qué nivel alcanzado) y el lugar donde trabaja.

Por tal motivo la estamos invitando a participar de manera voluntaria, usted puede negarse a participar o retirarse del estudio cuando lo desee, sin que esto la perjudique en nada, mucho menos en su atención en el Programa ITS-VIH/SIDA de la ciudad de El Alto. Si usted accede a participar de este estudio le pediremos que firme un Consentimiento Informado y luego responda a unas preguntas en una encuesta, lo cual tomará aproximadamente unos 10 a 15 minutos de su tiempo, antes de su control o posterior a este, con el mismo personal que trabaja dentro de la institución o mi persona. Dicho llenado de la encuesta no representa ningún riesgo para usted ni para el trabajo que realiza. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho a hacérselo saber al encuestador, a la investigadora responsable o finalmente no responderlas.

La información obtenida será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación que se realiza. Sus respuestas serán registradas usando el número de su historia clínica y por lo tanto serán anónimas, en otras palabras, nadie conocerá su nombre.

Los resultados de este estudio formaran parte de una tesis la cual una vez concluida, se le darán a conocer los resultados inmediatamente y a la vez servirán para identificar cuáles son las causas por las cuales las mujeres no acuden a la realización de la prueba de Papanicolaou como corresponde, y al mismo tiempo se le obsequiará un tríptico acerca de la importancia de la realización de la prueba de Papanicolaou.

Si tiene alguna duda o consulta adicional sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación a la Dra. Angela Mendoza Baldivieso, al número telefónico 72556583.

Le agradecemos de antemano su participación en este estudio.

Dra. Angela Mendoza Baldivieso  
C.I.: 4743277 LP  
INVESTIGADORA RESPONSABLE

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**  
**MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA**

**Tema:** CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE ACUDEN AL PROGRAMA ITS-VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2011

**Investigadora Responsable:** Dra. Angela Mendoza Baldivieso

**Lugar:** Programa ITS-VIH/SIDA El Alto

No \_\_\_\_\_  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Después de haber recibido suficiente información sobre el estudio: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES QUE ACUDEN AL PROGRAMA ITS-VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE EL ALTO EN LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2011, conducido por la Dra. Angela Mendoza Baldivieso, alumna de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UMSA, acepto participar voluntariamente y de libre conformidad en esta investigación. He sido informada de que la meta de este estudio es conocer cuánto se sabe sobre la prueba de Papanicolaou, mi opinión y mi comportamiento sobre esta prueba, o sea, si tiene algo que ver mi grado de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou con la práctica de la misma, así como, conocer mi estado civil (si soy soltera, casada, etc.), mi procedencia (si soy de la ciudad o del área rural), mi grado de instrucción (si he estudiado o no, y si lo he hecho hasta qué nivel he alcanzado) y el lugar donde trabajo.

Me han indicado también que tendré que responder a algunas preguntas en una encuesta que tomará aproximadamente 10 a 15 minutos de mi tiempo, antes de mi control o posterior a este. Dicho llenado de la encuesta no representa ningún riesgo para mí, ni para el trabajo que realizo.

Los resultados de este estudio se me darán a conocer una vez que concluya la investigación y a la vez servirán para identificar cuáles son las causas por las cuales las mujeres no acuden a la realización de la prueba de Papanicolaou como corresponde.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Además que en ningún momento se dará a conocer mi nombre.

He sido informada que puedo negarme a participar o retirarme del estudio cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona, mucho menos en mi atención en el Programa ITS-VIH/SIDA de la ciudad de El Alto. De tener preguntas



sobre mi participación en este estudio, puedo contactarme con a la Dra. Angela Mendoza Baldivieso al teléfono 72556583.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento informado me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Doctora al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
Nombre Completo o seudónimo de la Participante      Firma      Fecha  
(En letras de imprenta)  
C.I.:

-----  
Nombre Investigadora Responsable      Firma      Fecha  
(En letras de imprenta)  
C.I.:

Lugar:.....

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES**

**BOLETA DE ENCUESTA**

Estimada Señora(ita):

La presente encuesta pretende valorar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas acerca de la prueba de Papanicolaou de las trabajadoras sexuales comerciales que acuden a control en el programa ITS VIH/SIDA de la ciudad de El Alto.

Fecha:.....

Nº.....

**1. DATOS GENERALES**

**a. Factores socio demográficos**

1. **Edad:** \_\_\_\_\_

2. **Estado civil:**

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión libre
- d. Viuda
- e. Divorciada

3. **Procedencia**

- a. Rural
- b. Urbana

4. **Grado de instrucción:**

- 4.1. Ninguna
- 4.2. Primaria
- 4.3. Secundaria
- 4.4. Bachillerato
- 4.5. Técnico
- 4.6. Licenciatura

5. **Lugar de trabajo** \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS**

6. **Edad de inicio de relaciones sexuales:** \_\_\_\_\_

**7. Número de hijos:**

- 7.1. Ninguno   
7.2. Uno   
7.3. Dos   
7.4. Tres   
7.5. Cuatro o mas

**8. Numero de fracasos o abortos:**

- 8.1. Ninguno   
8.2. Uno   
8.3. Dos   
8.4. Tres   
8.5. Cuatro o mas

**3. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL PAPANICOLAU**

**9. ¿Recibió alguna vez información sobre la prueba de Papanicolaou?**

- 9.1. Si  9.2. No

**10. ¿Donde recibió usted la información sobre la prueba de Papanicolaou?**

- 10.1. Centro de salud  10.2. Grupo de vecinos   
10.3. Radio  10.4. Televisión   
10.5. Otro (especificar donde)  \_\_\_\_\_

**11. ¿Qué persona le dio información sobre la prueba de Papanicolaou?**

- 11.1. Personal de salud  11.2. Vecino  11.3. Amistad   
11.4. Otro (especificar)  \_\_\_\_\_

**12. Para usted, la prueba de Papanicolaou sirve para:**

- 12.1. Saber si una persona tiene SIDA o VIH   
12.2. Saber si una señora tiene “regla blanca” y lo que la causa   
12.3. Para detectar cáncer en las mamas   
12.4. Para detectar cáncer de cuello de la matriz   
12.5 No sabe

**13. ¿Sabe usted, cada cuanto se debe realizar la prueba de Papanicolaou?**

- 13.1. Cada uno o dos
- 13.2. Cada tres años
- 13.3. Cada cuatro años
- 13.4. En cualquier momento
- 13.5 No sabe

**14. Para usted, a qué edad la mujer debería empezar a hacerse un Papanicolaou?**

---

**15. Para usted, ¿hasta qué edad una mujer debe hacerse una prueba de Papanicolaou?**

- 15.1. Hasta los 40 años de edad
- 15.2. Hasta los 50 años de edad
- 15.3. Hasta los 64 años de edad
- 15.4. No sabe

**16. Según lo que sabe, la prueba de Papanicolaou:**

- 16.1. Es gratuita en los centros de salud públicos  16.3. No sabe
- 16.2. Tiene costo

**4. VARIABLES RELACIONADAS CON PRÁCTICAS**

**17 ¿Usted se realizó alguna vez la prueba de Papanicolaou?**

- 17.1. Si  17.2. No

**18. ¿Se realizo la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años? (2008, 2009,2010)**

- 19.1. Si  19.2. No

**19. ¿Si no se realizó la prueba de Papanicolaou, por qué?**

- 19.1. No tenía tiempo
- 19.2. Le daba vergüenza
- 19.3. No pensaba que era importante
- 19.4. Tenía miedo a los resultados
- 19.5. No sabía sobre la prueba del PAP
- 19.7. Otra (especificar la causa)  \_\_\_\_\_

**20. ¿Si no se realizó la prueba en los últimos tres años, por qué?**

- 20.1. No sabía que era hasta cada tres años
- 20.2. No tenía tiempo
- 20.3. Siempre que me hice me decían que no tenía nada
- 20.4. Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**21. ¿Cuando se realizó el Papanicolaou cual era el resultado de la prueba?**

- 21.1. Negativo o Normal
- 21.2. Prueba Inadecuada
- 21.3. Presencia de infección
- 21.4. Positivo
- 21.5. No recogí el resultado
- 21.6. No me acuerdo
- 21.7. Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**22. ¿Sabe usted como debe acudir para realizarse la prueba de Papanicolaou?**

- 22.1. No tener relaciones sexuales 48 hrs. antes
- 22.2. No utilizar óvulos
- 22.3. No tener lavados vaginales
- 22.4. No tener la menstruación
- 22.5. Todas
- 22.6. Ninguna

## 5. VARIABLES RELACIONADAS CON ACTITUDES

	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
<b>23. Si a usted le indican que el papanicolau previene el cáncer de cuello uterino, usted:</b>	23.1. Estaría muy de acuerdo en que previene el cáncer de cuello uterino <input type="radio"/>	23.2. Estaría de acuerdo en que previene el cáncer de cuello uterino <input type="radio"/>	23.3. Estaría mas o menos de acuerdo en que previene el cáncer de cuello uterino <input type="radio"/>	23.4. No estaría de acuerdo en que previene el cáncer de cuello uterino <input type="radio"/>	23.5. No estaría para nada de acuerdo en que previene el cáncer de cuello uterino <input type="radio"/>
<b>24. Si usted estuviese en un Centro de Salud y le ofrecieran realizarse un Papanicolaou en ese momento, usted:</b>	24.1. Estaría muy de acuerdo en hacerse un Papanicolaou <input type="radio"/>	24.2. Estaría de acuerdo en hacerse un Papanicolaou <input type="radio"/>	24.3. Estaría mas o menos de acuerdo en hacerse un Papanicolaou <input type="radio"/>	24.4. No estaría de acuerdo en hacerse un Papanicolaou <input type="radio"/>	24.5. No estaría para nada de acuerdo en hacerse un Papanicolaou <input type="radio"/>
<b>25. Si a usted le indicaran que es necesario realizar el Papanicolaou de forma regular ( por lo menos cada año, cada dos o cada tres años), usted:</b>	25.1. Estaría muy de acuerdo en realizar la prueba de Papanicolaou regularmente <input type="radio"/>	25.2. Estaría de acuerdo en realizar la prueba de Papanicolaou regularmente <input type="radio"/>	25.3. Estaría mas o menos de acuerdo en realizar la prueba de Papanicolaou regularmente <input type="radio"/>	25.4. No estaría de acuerdo en realizar la prueba de Papanicolaou regularmente <input type="radio"/>	25.5. No estaría para nada de acuerdo en realizar la prueba de Papanicolaou regularmente <input type="radio"/>
<b>26. Si usted se hubiese hecho un Papanicolaou y al recoger los resultados le dicen que debe volver a hacerse el Papanicolaou porque se “ tomo mal la muestra” usted:</b>	26.1. Estaría muy de acuerdo en hacerse un Papanicolaou otra vez <input type="radio"/>	26.2. Estaría de acuerdo en hacerse un Papanicolaou otra vez <input type="radio"/>	26.3. Estaría mas o menos de acuerdo en hacerse un Papanicolaou otra vez <input type="radio"/>	26.4. No estaría de acuerdo en hacerse un Papanicolaou otra vez <input type="radio"/>	26.5. No estaría para nada de acuerdo en hacerse un Papanicolaou otra vez <input type="radio"/>
<b>27. Si a usted le preguntaran de la prueba de Papanicolaou, lo recomendaría, usted:</b>	27.1. Estaría muy de acuerdo en recomendar la prueba de Papanicolaou <input type="radio"/>	27.2. Estaría de acuerdo en recomendar la prueba de Papanicolaou <input type="radio"/>	27.3. Estaría más o menos de acuerdo en recomendar la prueba de Papanicolaou <input type="radio"/>	27.4. No estaría de acuerdo en recomendarla la prueba de Papanicolaou <input type="radio"/>	27.5. No estaría para nada de acuerdo en recomendarla la prueba de Papanicolaou <input type="radio"/>

## 6. TOTAL DE PUNTAJE DEL AREA DE ACTITUDES \_\_\_\_\_

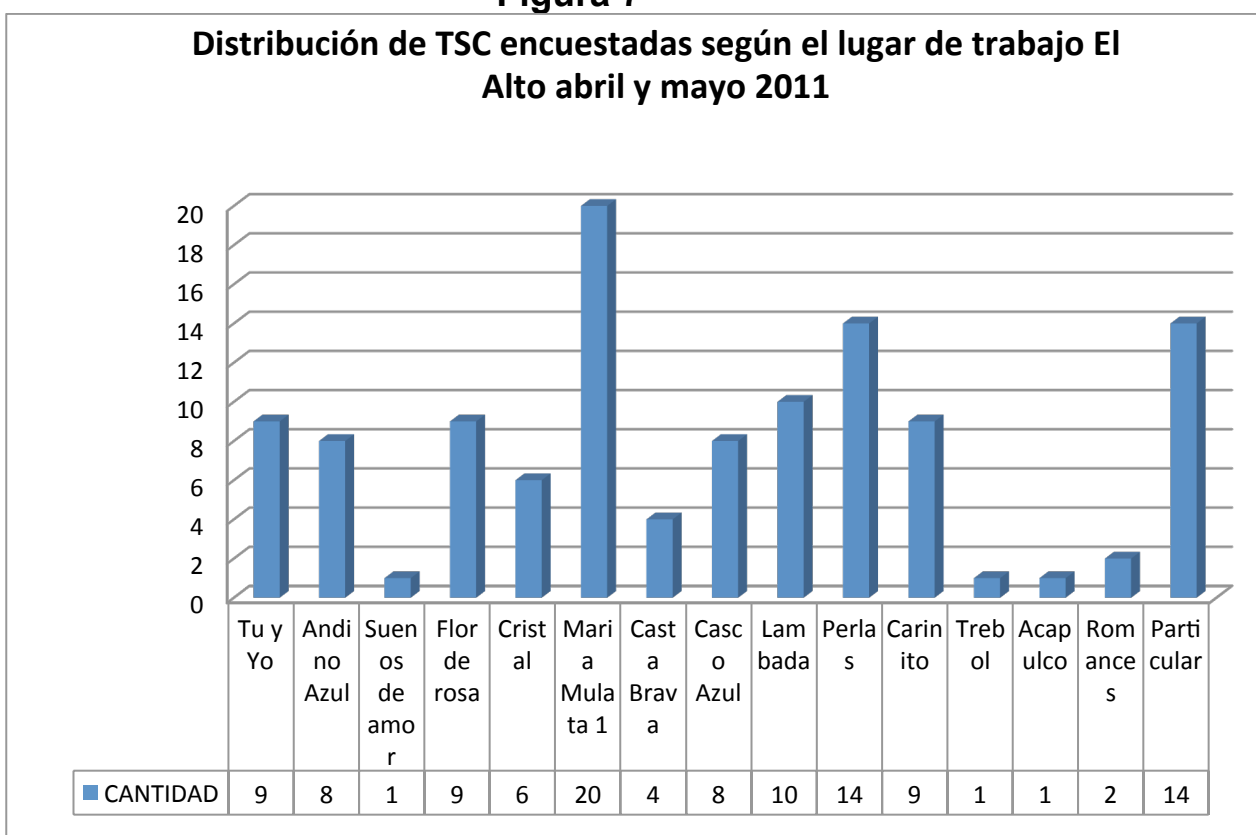
## RESULTADOS

### SOCIODEMOGRAFICOS

De las encuestadas con respecto al lugar de trabajo se aprecia que la mayor parte de las Trabajadoras Sexuales Comerciales registradas en el Programa son del lenocinio María Mulata y existen también aquellas que acuden al programa y trabajan de forma particular sin pertenecer a un lenocinio se realizan su control semanal. (Figura 7).

**Figura 7**

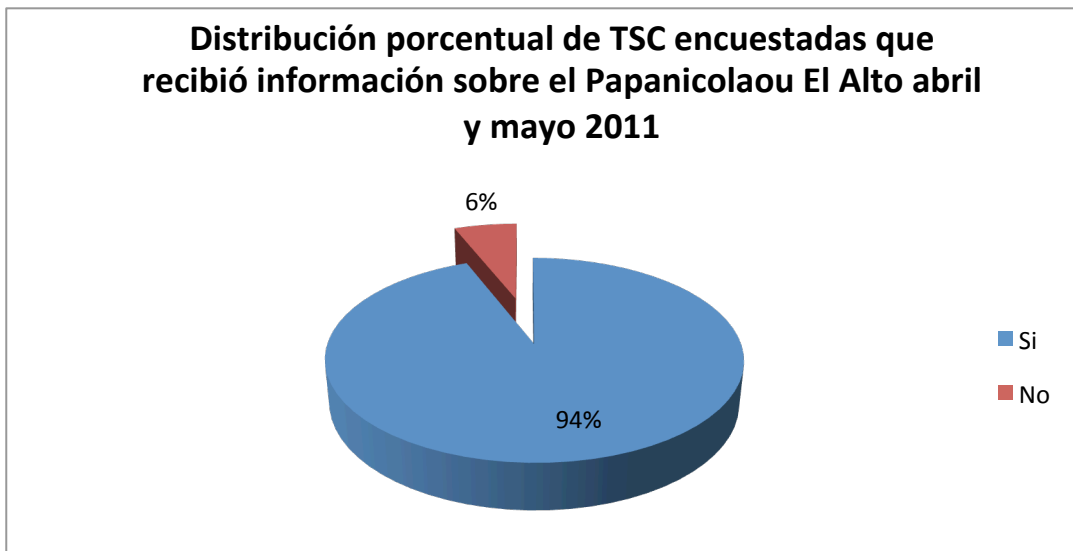
**Distribución de TSC encuestadas según el lugar de trabajo El Alto abril y mayo 2011**



## CONOCIMIENTOS

Si recibió alguna vez información sobre la prueba de Papanicolaou solo el 6% respondió que no, nunca recibió información.

**Figura 8**



La siguiente pregunta fue el Papanicolaou sirve para; la mayoría respondió que para detectar el cáncer de cuello uterino, obteniendo que la otra parte esta desinformada o mal informada. (Cuadro 8)

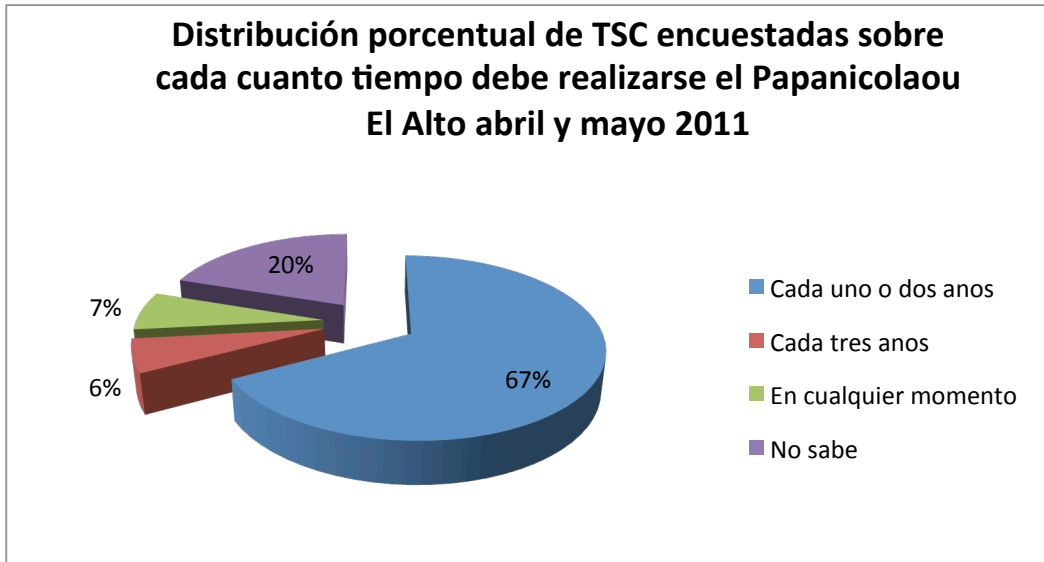
**CUADRO 8**

EL PAP SIRVE	NUMERO	PORCENTAJE
Para saber si uno tiene SIDA	7	6
Para saber el porqué de la regla blanca	5	4.3
Para detectar cáncer de mama	1	0,9
Para detectar cáncer de cuello de matriz	87	75
No sabe	15	13
No responde	1	0.9
TOTAL	116	100



Para la pregunta de cada cuanto debe realizarse el PAP la mayor parte respondió que de uno a dos años. Y solo el 6% cada tres como indica la norma. (Figura 9)

**Figura 9**



Se preguntó a qué edad debería empezar a realizarse el PAP lo cual varía mucho por ser un pregunta abierta se obtuvo mínimo el de 12 años, el máximo de 40 años, con una media de 20.74 años, mediana de 18 años y una moda de 15 años. (Cuadro 9).

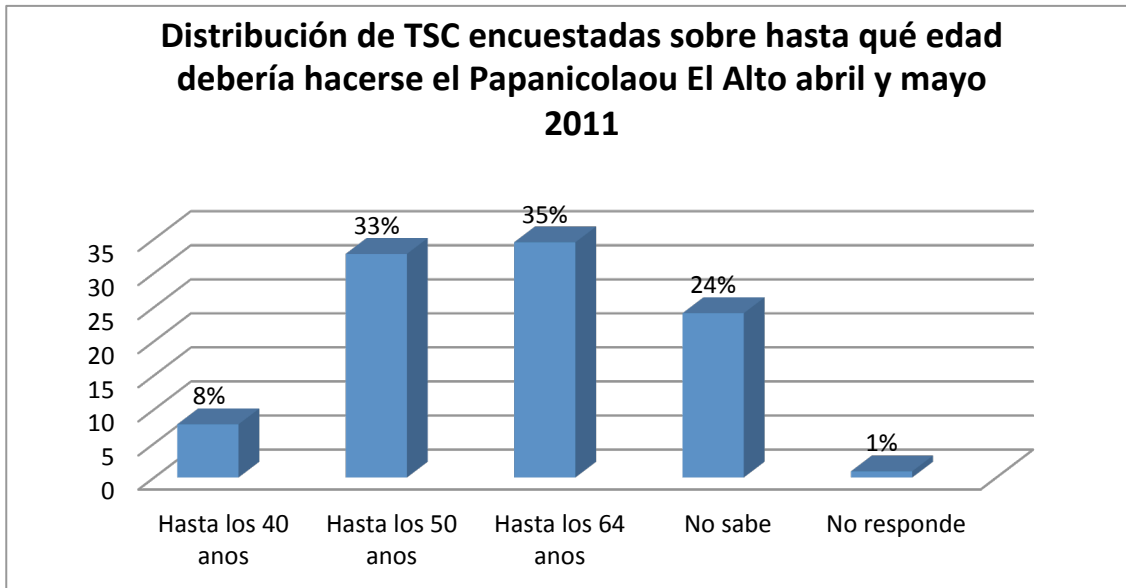
**Cuadro 9**

A QUE EDAD DEBERIA EMPEZAR HACERSE  
PAP

N	Válidos	43
	Perdidos	73
Media		20,74
Mediana		18,00
Moda		15
Varianza		51,481
Mínimo		12
Máximo		40

Cuando se les pregunta hasta que edad debería hacerse el PAP la mayor parte de las encuestadas respondieron entre los 50 a 64 años de edad. (Figura 10)

**Figura 10**



Ante la pregunta que si el PAP tenía costo, una gran parte respondió que es gratuita en los Centro de Salud. (Cuadro 10).

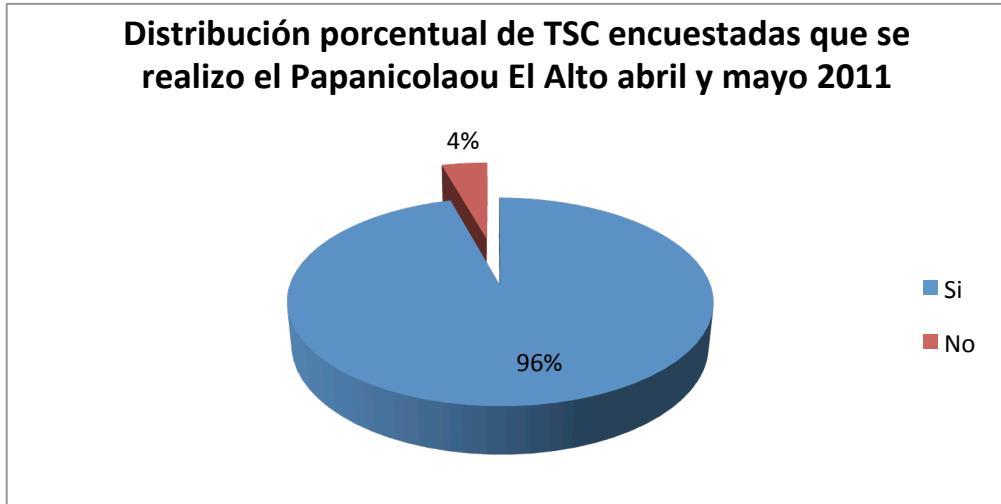
**Cuadro 10**

**Distribución de encuestadas según lo que sabe del Papanicolaou El Alto abril y mayo 2011**

SEGUN LO QUE SABE EL PAP ES	NUMERO	PORCENTAJE
Gratuito en los Centros de Salud	60	69
Tiene costo	34	39
No sabe	7	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>116</b>

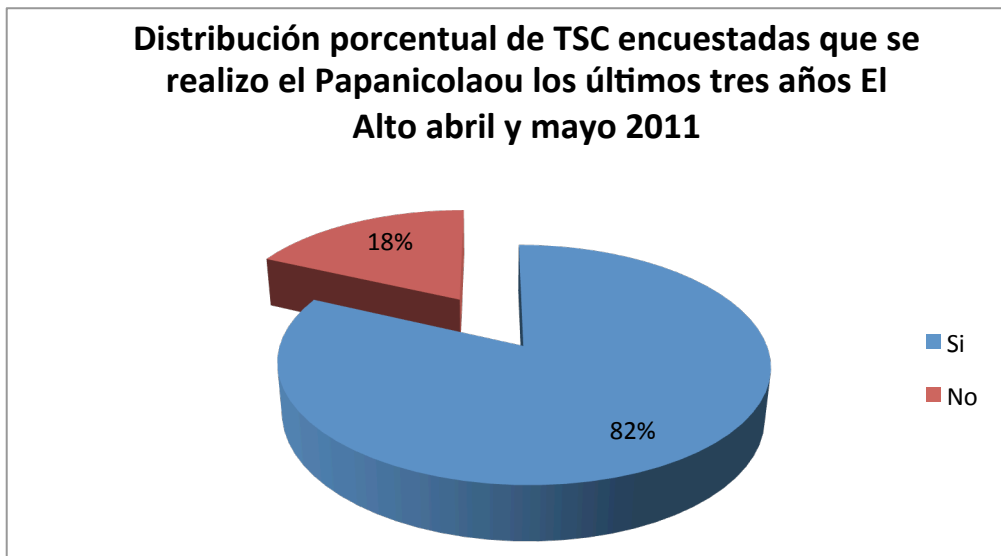
Ante la pregunta de si se realizo alguna vez el Papanicolaou la mayoría de las encuestadas si se realizó la prueba. (Figura 11).

**Figura 11**



a) Con respecto a la periodicidad de la realización del PAP se aprecia que la mayor parte de las encuestadas se realizo la prueba los últimos tres años. (Figura 12).

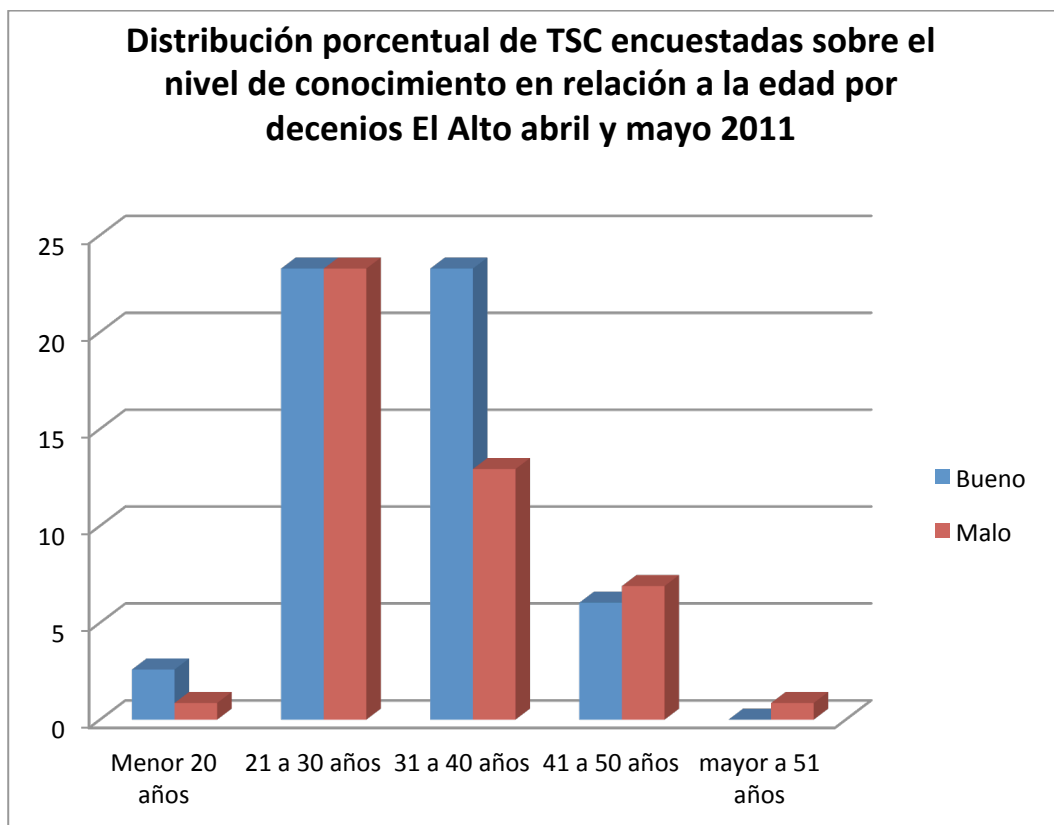
**Figura 12**



## CONOCIMIENTO, relacionado con edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y procedencia.

Al valorar el nivel de **conocimientos** de las Trabajadoras Sexuales Comerciales sobre el Papanicolaou, según la **edad**, el grupo separado por decenios, obtuvimos que el grupo de 21 a 40 años tenga buenos conocimientos que el resto de los grupos, que puede deberse además que estos grupos de edad son la mayoría de las encuestadas, porque así mismo se aprecia en este grupo malos conocimientos. Figura 13.

**Figura 13**



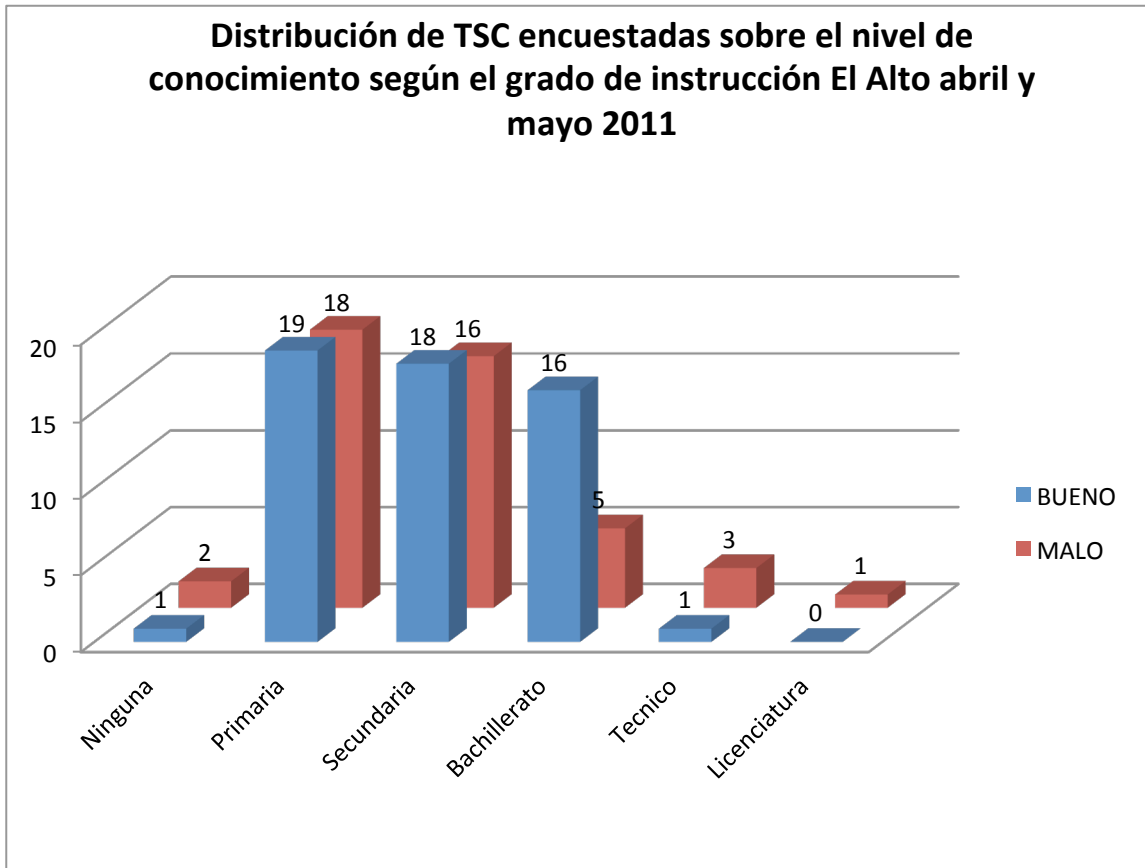
Al evaluar el nivel de **conocimientos** sobre el Papanicolaou según la **paridad** de las trabajadoras sexuales se obtuvo de forma general 55%(64) con conocimientos buenos y el 45%(52) con conocimientos malos. Las que tiene conocimiento adecuado sobre el Papanicolaou son la que tiene dos hijos o menos, las que tiene de tres hijos a más son las que tiene poco conocimiento y son las personas que tiene mayor riesgo de contraer Cáncer de Cuello Uterino por su paridad según la literatura. Cuadro 11

**Cuadro 11**

<b>Distribución de TSC encuestadas sobre el nivel de conocimiento según la paridad El Alto abril y mayo 2011</b>							
		<b>CONOCIMIENTO</b>				<b>Total</b>	
		<b>Bueno</b>		<b>Malo</b>			
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>Ninguno</b>	<b>14</b>	<b>12%</b>	<b>23</b>	<b>20%</b>	<b>37</b>	<b>32%</b>
	<b>Uno</b>	<b>17</b>	<b>15%</b>	<b>15</b>	<b>13%</b>	<b>32</b>	<b>28%</b>
	<b>Dos</b>	<b>21</b>	<b>18%</b>	<b>5</b>	<b>4%</b>	<b>26</b>	<b>22%</b>
	<b>Tres</b>	<b>6</b>	<b>5%</b>	<b>5</b>	<b>4%</b>	<b>11</b>	<b>9%</b>
	<b>Cuatro o mas</b>	<b>6</b>	<b>5%</b>	<b>4</b>	<b>3%</b>	<b>10</b>	<b>9%</b>
<b>Total</b>		<b>64</b>		<b>52</b>		<b>116</b>	<b>100%</b>

El nivel de **conocimientos** del Papanicolaou según la **escolaridad** de las trabajadoras Sexuales Comerciales fue 55%(64) bueno y malo en el 45%(52) de forma general. Se puede apreciar que las que han cursado algún grado de instrucción son las que tiene mejor conocimiento y al mismo tiempo un conocimiento errado del Papanicolaou. Figura 14

**Figura 14**



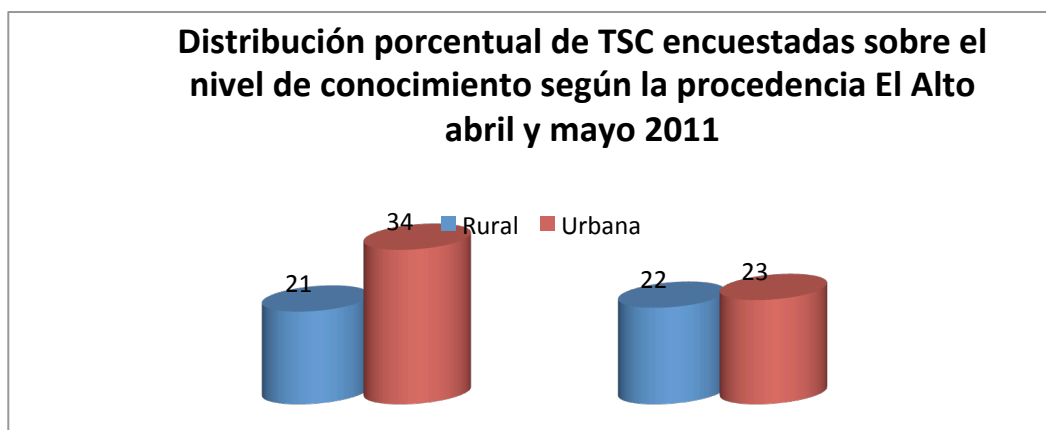
De acuerdo al **estado civil** de las TSC los resultados acerca de los conocimientos se aprecia que las solteras tienen mayor conocimiento que las que han estado o están acompañadas. Cuadro 12

**Cuadro 12**

Distribución de TSC encuestadas sobre el nivel de conocimiento según el estado civil							
El Alto abril y mayo 2011							
ESTADO CIVIL		CONOCIMIENTO				Total	
		Bueno		Malo			
	Soltera	40	34%	34	29%	74	64%
	Casada	9	8%	6	5%	15	13%
	Union libre	9	8%	9	8%	18	16%
	Viuda	2	2%	2	1%	4	3%
	Divorciada	4	3%	1	1%	5	4%
<b>Total</b>		64	55%	52	45%	116	100%

Según el **origen** de las TSC, las del área urbana obtuvieron **conocimientos** buenos en el conocimiento inadecuado se obtuvieron los mismos porcentajes en el área rural como la urbana. Figura 15

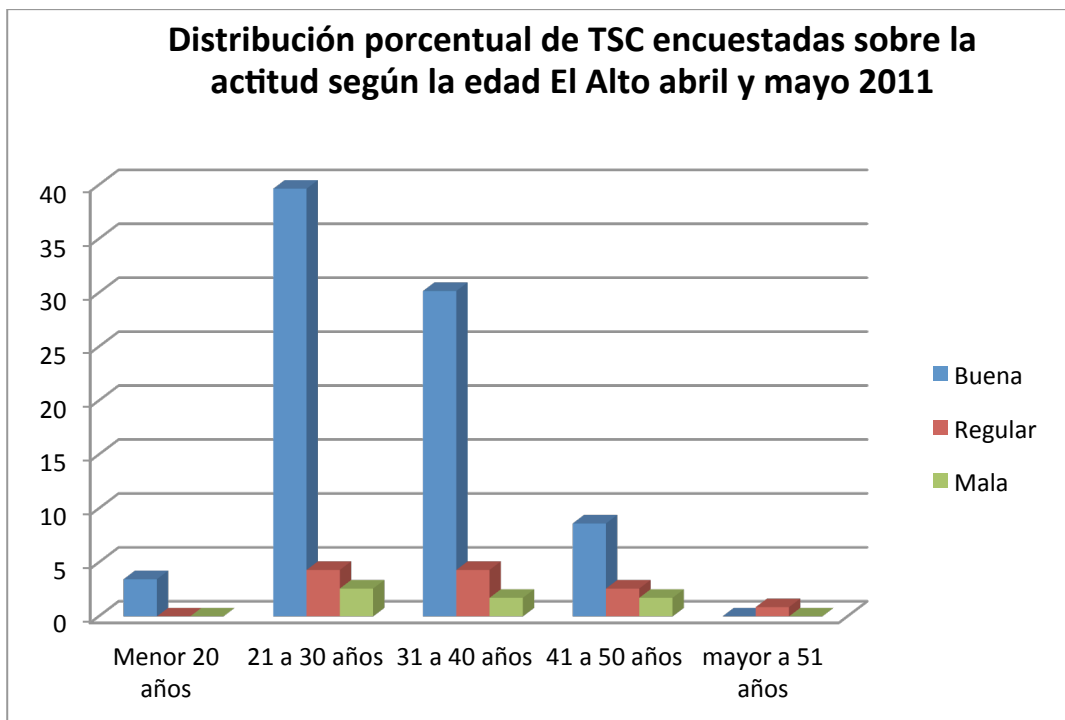
**Figura 15**



**ACTITUD, relacionado con edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y procedencia.**

En relación a las **actitudes** hacia la prueba del Papanicolaou según **edad**, se aprecia que tienen una buena actitud las comprendidas en el grupo d 21 a 40 años de edad, apreciándose a simple vista que las de regular y mala actitud son menor porcentaje. Figura 16.

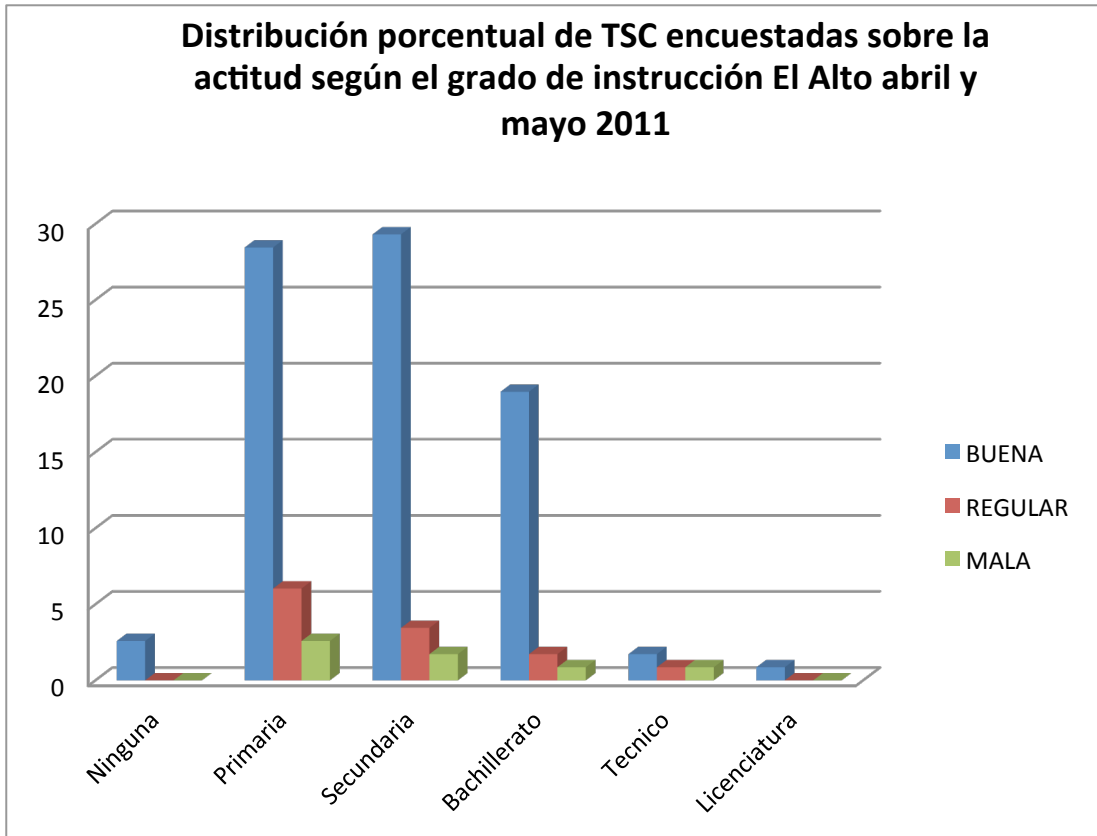
**Figura 16**





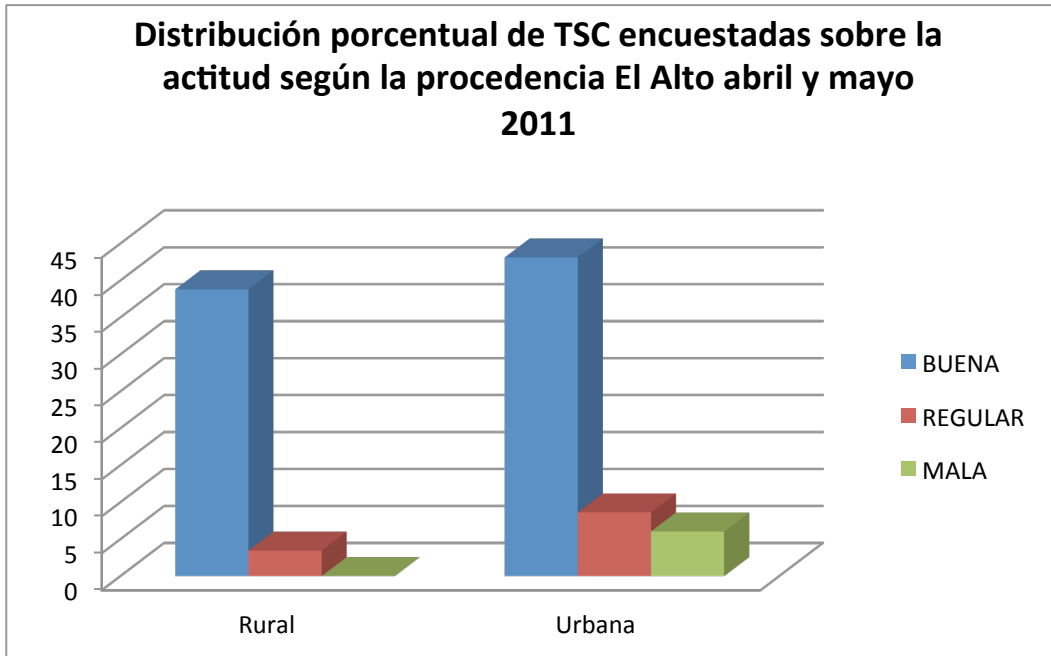
Al analizar las **actitudes** hacia el Papanicolaou según el grado de instrucción obtenemos que las que estudiaron y llegaron a primaria, secundaria y bachillerato tienen mejor actitud que las otras entrevistadas. Figura 17

**Figura 17**



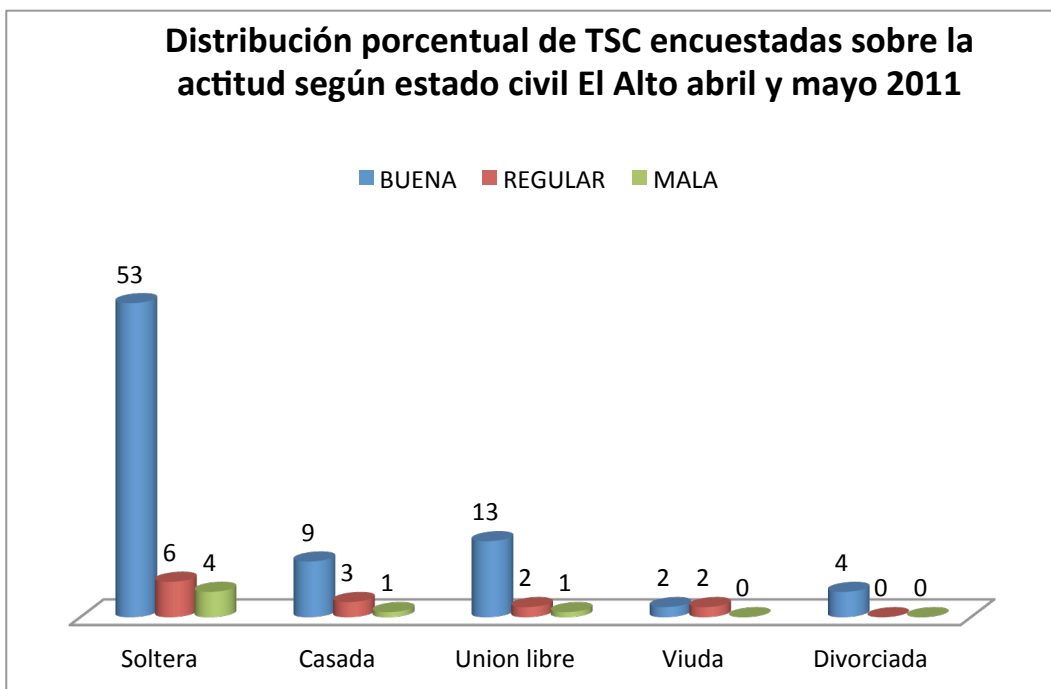
Al evaluar la **actitud** de las TSC con respecto a su **procedencia** encontramos que las de origen urbano y rural tienen buenas actitudes predominando sobre los que tienen regulares y malas actitudes. Figura 18

**Figura 18**



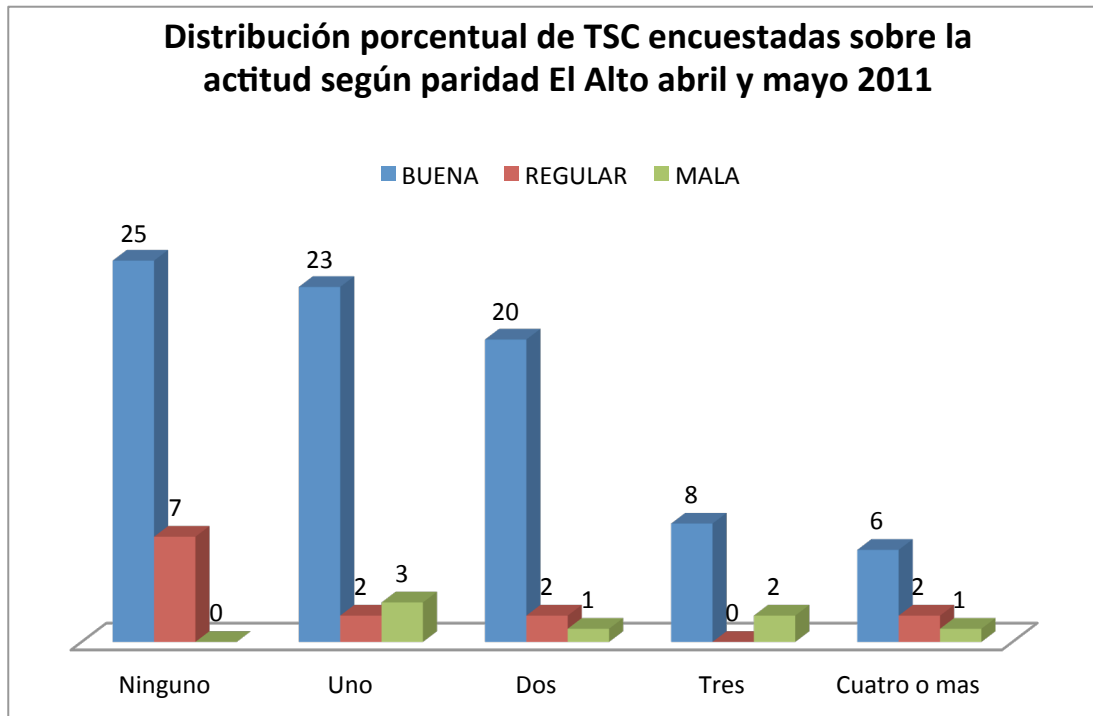
Con respecto al **estado civil** de las TSC la **actitud** de las solteras fue la mejor que de el resto de las entrevistadas como se aprecia en el cuadro. Cuadro 19

**Figura 19**



En relación a la **paridad**, las **actitudes** sobre el Papanicolaou fueron buenas en las que tuvieron de dos o menos hijos como se evidencia en la figura. Figura 20

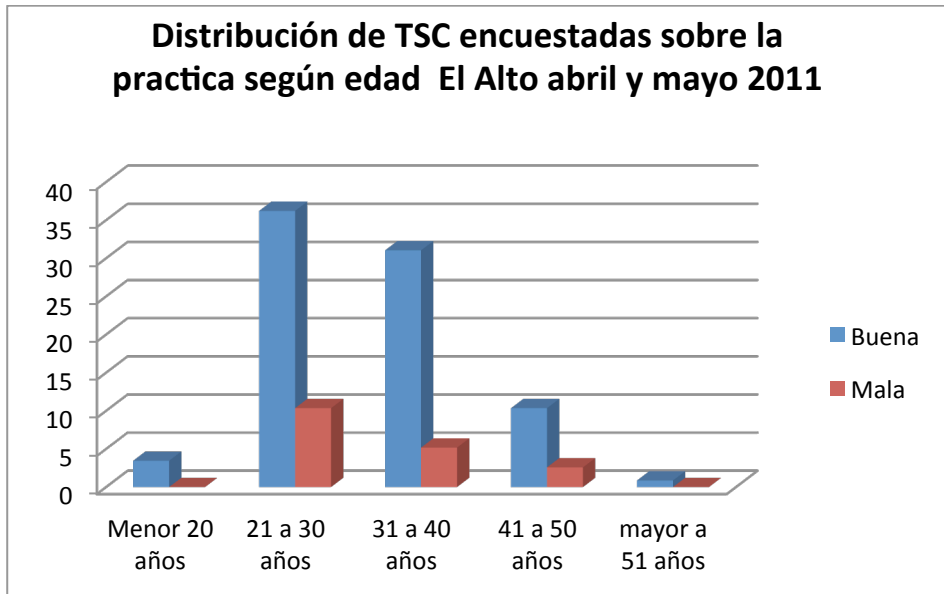
**Figura 20**



**PRACTICA relacionado con edad, paridad, grado de instrucción, estado civil y procedencia.**

Con relación a las **prácticas** en las TSC sobre el Papanicolaou con la **edad**; por grupos en decenios, se aprecia notablemente que tienen mejor actitud las que se encuentran entre las edades de 21 a 40 años. Figura 21

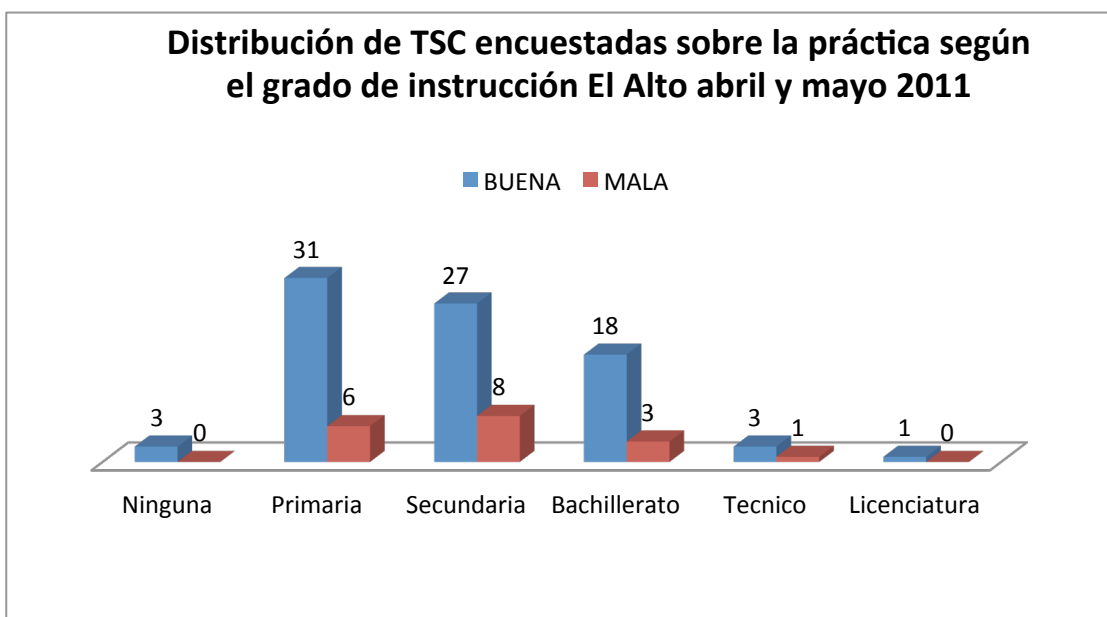
**Figura 21**



En base al **grado de instrucción** de las TSC, las **prácticas** de las que cursaron la primaria, secundaria y bachillerato son buenas notablemente. Figura 22

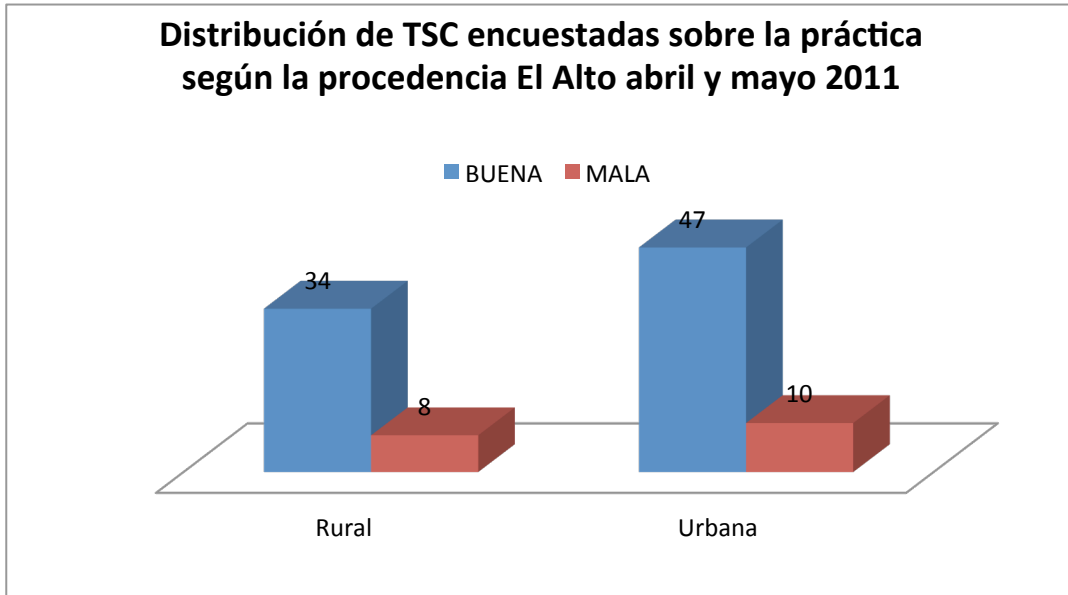
22

**Figura 22**



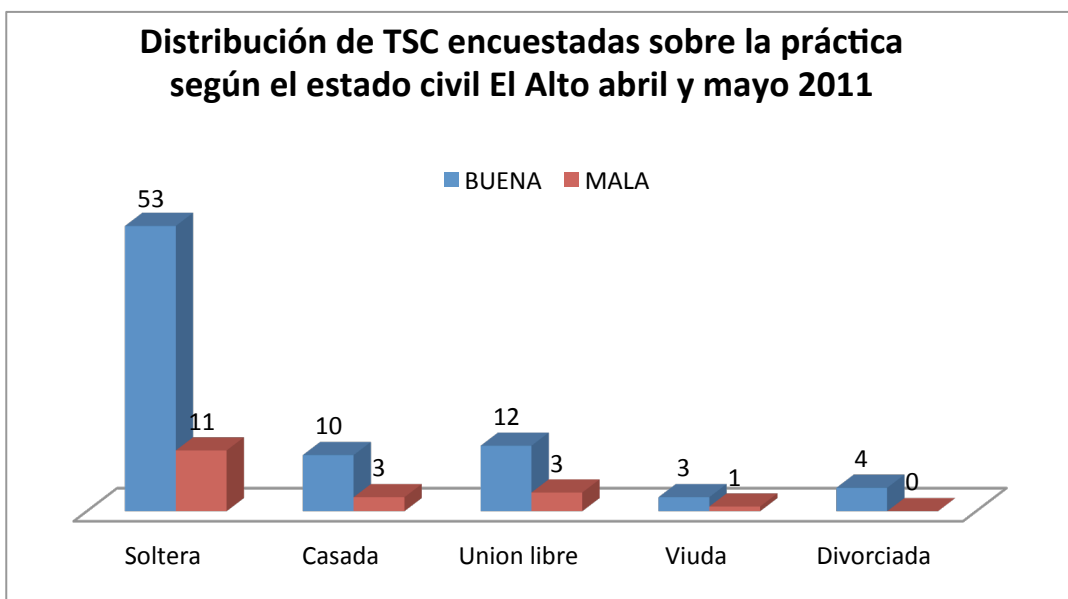
En base a la **procedencia** de las TSC y la **práctica**, se observó que las de la área urbana tienen buenas prácticas y que de las de área rural el resultado es parecido en la mala práctica. Figura 23

**Figura 23**



En relación al **estado civil** de las pacientes con la **práctica**, se aprecia notablemente en la figura que las solteras se realizan el Papanicolaou que al resto de las encuestadas. Figura 24

**Figura 24**



Según la **paridad** de las TSC con la **práctica** del Papanicolaou se observa que las encuestadas que han tenido de dos a más hijos tienen buenas prácticas.

Cuadro 14

**Cuadro 14**

<b>Distribución de TSC encuestadas sobre la práctica según la paridad El Alto abril y mayo 2011</b>							
		<b>PRACTICA</b>				<b>Total</b>	
		<b>Buena</b>		<b>Mala</b>			
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>Ninguno</b>	<b>32</b>	<b>28%</b>	<b>5</b>	<b>4%</b>	<b>37</b>	<b>32%</b>
	<b>Uno</b>	<b>24</b>	<b>21%</b>	<b>8</b>	<b>7%</b>	<b>32</b>	<b>28%</b>
	<b>Dos</b>	<b>23</b>	<b>20%</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>	<b>26</b>	<b>22%</b>
	<b>Tres</b>	<b>8</b>	<b>7%</b>	<b>3</b>	<b>2%</b>	<b>11</b>	<b>9%</b>
	<b>Cuatro o mas</b>	<b>8</b>	<b>7%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>	<b>10</b>	<b>9%</b>
<b>Total</b>		<b>95</b>	<b>82%</b>	<b>21</b>	<b>18%</b>	<b>116</b>	<b>100%</b>