



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“RESULTADOS PATOLOGICOS DE PAPANICOLAOU
FRENTE A LAS ACTITUDES DE LAS USUARIAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ
ESSALUD DE ICA, JULIO - DICIEMBRE- 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

VALLE PARAVECINO, LILIANA CECILIA

Ica – Perú

2016

A Dios, por brindarme el regalo más hermoso la vida, por las bendiciones que me entrega cada día, por darme la oportunidad de servir a los demás en salud

A mi querida Madre, por ser el pilar más importante, por su invaluable amor y dedicación, por enseñarme siempre a luchar por mis sueños.

A mi hermana por brindarme su apoyo incondicional en cada momento.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a la Mg. Angélica Aroní Gutiérrez, por su invaluable apoyo en la guía de ésta investigación, por su tiempo, entusiasmo y deseos de ayudarme en todo momento.

Un agradecimiento especial al Dr. Julio Peña Galindo por su asesoramiento incondicional, por la orientación y las aportaciones que le ha brindado a la presente investigación científica, para la toma de los datos de tipo metodológico y estadístico.

A cada uno de los docentes que contribuyeron en mi formación académica, sin ellos no tendría los conocimientos que hoy tengo, especialmente a la Mg. Ivonne Boada Cavero, encargada del servicio de obstetricia del Hospital “Félix Torrealva Gutierrez” de Ica por su gran apoyo en todo momento y especialmente para la recolección de datos el cual se realizó en los consultorios externos de obstetricia.

A la Universidad “Alas Peruanas” por abrirme sus puertas y darme esta oportunidad de conseguir mis logros y metas, alcanzando el éxito personal, contribuyendo a la salud.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las actitudes de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015. **Material y métodos:** Se realizó una investigación de tipo observacional, prospectivo, de corte transversal, la población estuvo constituida por las pacientes atendidas en consulta externa de obstetricia en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015. Se logró conformar una muestra de 56 pacientes sometidas a la prueba de Papanicolaou con resultados patológicos. **Resultados y discusión:** Las pacientes que presentan LIEAG tienen mayor proporción de muy alto conocimiento, mientras que las que presentan LIEBG y AGUS presentan mayor proporción de alto conocimiento, esta diferencia no estadísticamente significativa según la prueba chi cuadrado ($p= 0,449$). Las pacientes que presentan ASCUS tienen mayor proporción de desfavorable estado emocional que las demás, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,992$). Las pacientes con LIEBG presentan mayor proporción con mala conducta, mientras que las pacientes con AGUS son las que presentan menor proporción de mala conducta ($p=0,030$). La prueba de chi cuadrado indica que si hay asociación entre estas variables. **Conclusiones:** Las pacientes con LIEAG presentaron muy alto conocimiento, mientras que las pacientes con LIEBG y AGUS presentaron alto conocimiento, sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación o relación entre estas variables. **Palabras claves:** Papanicolaou, actitud, Ica.

SUMMARY

To determine the attitude of the users against the pathological results Pap treated in hospital Torrealva Felix Gutierrez - ES-HEALTH Ica in the period from July to December 2015. Methods: an applied, descriptive cross-sectional and retrospective cohort study was carried out, the population consisted of patients treated in outpatient obstetrics at the Hospital Felix Torrealva Gutierrez - ESSALUD of Ica in the period from July to December 2015. it was possible to make up a sample of 56 patients who underwent testing Papanicolaou with pathologic findings. Results and Discussion: The patients with HSIL have higher proportion of high knowledge, while those with LSIL and AGUS have higher proportion of high knowledge, this difference was not statistically significant according to the chi-square test ($p = 0.449$). The patients with ASCUS have higher proportion of bad attitudes than others, but the difference is not statistically significant ($p = 0.992$). Patients with HSIL have a higher proportion with good practices, while patients with ASCUS are those with higher proportion of good practice ($p = 0.463$).

Conclusions: Patients with HSIL have a higher proportion of high knowledge, patients with ASCUS have a higher proportion of bad attitudes. Patients with HSIL have a higher proportion of very good practice, but the chi-square test indicates no association or relationship between these variables.

Keywords: Pap, attitude, Ica.

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INDICE	I
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	2
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	5
1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO	5
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.2	BASES TEÓRICAS	
2.2.1.	El cáncer de cuello uterino	15
2.2.2.	Epidemiología del cáncer de cuello uterino	15
2.2.3.	Historia natural de la enfermedad	16
2.2.4.	Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino	18
2.2.5.	Medidas de prevención	29
2.2.6.	Los orígenes del Papanicolaou	30
2.2.7.	Otras técnicas de diagnóstico	33
2.2.8.	El sistema Bethesda	37
2.2.9.	Tratamiento del cáncer del cuello uterino	44
2.2.10.	Actitud de las pacientes hacia los resultados patológicos	50
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS TEÓRICOS	55

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.2.	VARIABLES	59
3.2.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE	59
3.2.2.	VARIABLE DEPENDIENTE	59

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	60
4.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	60
4.1.2.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	60
4.1.3.	MÉTODO	61
4.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	61
4.2.1.	POBLACIÓN	61
4.2.2.	MUESTRA	61
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	61
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	62
4.3.	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
4.3.1.	TÉCNICA	62

4.3.2. INSTRUMENTOS	62
4.4. ETICA EN LA INVESTIGACIÓN	65

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra de estudio	66
5.2. Los resultados patológicos y las variables socio-demográficos relacionadas con el nivel de conocimientos en la muestra de estudio.	71
5.3. Los resultados patológicos y las variables socio-demográficos relacionadas con el estado emocional en la muestra de estudio.	77
5.4. Los resultados patológicos y las variables socio-demográficos relacionadas con la conducta en la muestra de estudio.	83
5.5. Resultados	89
5.6. Discusión de resultados	91
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	94
FUENTES DE INFORMACIÓN	95
ANEXOS	101

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello uterino, es un proceso progresivo en el que las células normales cambian lentamente hasta transformarse en células precancerosas y, posteriormente, pueden llegar a convertirse en cáncer. Estos cambios se identifican mediante la prueba de Papanicolaou para prevenir el desarrollo de cáncer, este tipo de cáncer se contagia principalmente por medio del virus del papiloma humano.

A nivel nacional, considerando los cánceres con mayor tasa de incidencia según fuentes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el Cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar, seguido por Cáncer de Mama y Cáncer de Pulmón. La tasa estimada de incidencia del Cáncer Cervico uterino es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000, por lo que el Cáncer Cervico uterino constituye una prioridad nacional. (1)

En la región de Ica, existen pocos estudios que den cuenta de las actitudes adoptadas por las usuarias diagnósticas con resultados patológicos, motivo por el que este trabajo se planteó determinar la actitud de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el hospital Félix Torealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

La prueba de Papanicolaou, llamada también citología vaginal, se realiza para detectar cambios en las células del cuello del útero. Esta prueba puede detectar una infección de células anormales (no saludables) o cáncer cérvico uterino.

La prueba de Papanicolaou puede salvar la vida de la mujer. Puede detectar el cáncer del cuello uterino, considerado una de los cánceres más comunes en las mujeres, antes de que se extienda a otras partes de su cuerpo y se convierta en cáncer invasivo. Si se detecta oportunamente, el tratamiento del cáncer del cuello del útero puede ser más sencillo y las probabilidades de que sea curable son mucho mayores. Esta prueba también detecta infecciones e inflamación, así como células anormales que pueden convertirse con el tiempo en células cancerosas.

Es por tanto muy importante que todas las mujeres se hagan la prueba de Papanicolaou, junto con un examen pélvico, como parte de su rutina de cuidado de la salud, a partir de los 20 años; no habiendo una fecha límite para someterse a ella, incluso las mujeres que han experimentado la menopausia (el cambio de vida, o cuando cesan los períodos de la mujer) necesitan hacérsela. Así mismo, las mujeres que padecen el VIH, el virus que causa el SIDA, tienen más riesgo de desarrollar el cáncer del cuello del útero y otras enfermedades del útero. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los

Estados Unidos recomiendan que las mujeres con VIH positivo se hagan una prueba inicial de Papanicolaou, y otra más 6 meses después.

Si las células están bien, no será necesario ningún tratamiento; pero si hay infección, se recetará un tratamiento. Si las células parecen anormales o no sanas, podría ser necesario realizar más pruebas. Una prueba de Papanicolaou no es 100% correcta, por lo tanto, siempre es importante hablar con el médico acerca de los resultados de la prueba.

Cuando los resultados de la prueba no son confiables es preciso repetirla y si muestran un cambio importante en las células del cuello del útero, el médico podría realizar una colposcopia. Este procedimiento se lleva a cabo en el consultorio o clínica y se utiliza un instrumento (llamado colposcopio) que funciona como microscopio, el cual le permite al médico examinar de cerca la vulva la vagina y el cuello del útero.

Esta evaluación mediante la prueba de Papanicolaou, se realiza en miles de mujeres mensualmente el hospital Félix Torrealva Gutierrez de ESSALUD – Ica, sin embargo existe fragilidad en el seguimiento sobre la evolución de la enfermedad, en aquellas mujeres que el reporte de laboratorio indicó resultados patológicos ya que muchas pacientes discontinúan el tratamiento ya sea por descuido y/o falta de citas en el servicio de Ginecología.

El resultado no normal de la prueba de Papanicolaou, generalmente genera en las pacientes actitudes diversas pero todas ellas relacionadas con emociones negativas, entre ellas y principalmente miedo al cáncer de cuello uterino, seguida de una depresión y abandono que muchas veces las aleja de un tratamiento adecuado, por lo que es preciso establecer criterios para una orientación previa, que permita esclarecer que no siempre un resultado anor-

mal de esta prueba es sinónimo de cáncer, que es lo que muchas mujeres, en esta situación, suponen y por ello caen en la depresión y la ansiedad.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Delimitación temporal.

La investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido entre julio a diciembre del año 2015.

Delimitación teórica.

El estudio aborda los resultados patológicos del PAP y la actitud de las usuarias.

Delimitación social.

La investigación incluye a mujeres con resultados patológicos de la prueba de Papanicolaou.

Delimitación espacial.

La investigación se desarrolló en el Consultorio Externo del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de ESSALUD – Ica.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. Problema principal.

¿Cuál es la actitud de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015?

1.3.2. Problemas secundarios.

Problema secundario 1:

¿Cuál es el nivel de conocimientos de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015?

Problema secundario 2:

¿Cuál será el estado emocional de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015?

Problema secundario 3:

¿Cuál será la conducta de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general.

Determinar la actitud de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015

1.4.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1:

Determinar el nivel de conocimientos de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.

Objetivo específico 2:

Determinar el estado emocional de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.

Objetivo específico 3:

Identificar la conducta de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Según datos proporcionados por el Ministerio de Salud del Perú, de cada 5 mujeres solo una de ellas o sea el 22,7% se somete a la prueba de PAP y de este porcentaje un 8,5% son informadas que sus resultados son patológicos (MINSA, 2012). Datos estadísticos del período 2000 – 2013, registrados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) indican que los casos de cáncer de cuello uterino llegaron a 1579 constituyendo el cáncer con mayor prevalencia entre las mujeres. (1)

La mayoría de estas últimas frente a dichos resultados, adoptan actitudes negativas, cayendo en la depresión y la ansiedad, que muchas veces las llevan al abandono. Desde este punto de vista el presente estudio se justifica, ya que permitirá establecer criterios para promover actividades entre las que deben primar las charlas y la edición de folletos sencillos que puedan explicar las actitudes que deben tomar las mujeres frente a resultados patológicos, propiciando un seguimiento adecuado y de esta manera evitar que la enfermedad prospere hasta convertirse en mortal para la paciente. El trabajo es importante porque permitirá salvaguardar la vida muchas pacientes que son diagnosticadas con displasias en el cuello uterino, disminuyendo de esta manera las estadísticas sobre el particular. Aquí radica la importancia social de la presente investigación, la misma que en su desarrollo propondrá determinados pasos o diseñar estrategias para optimizar el seguimiento médico a pacientes con resultados anormales, con el fin de detener el deterioro de las células del cuello uterino, proclives a generar el cáncer en esta región del organismo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.

- Jaén, Margarita. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada–Panamá en el año 2009”, Ciudad de la Pintada. Panamá; 2010. Tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud pública con énfasis en administración y planificación de los servicios de salud, cuyos resultados indican que ninguna de las mujeres manifestó haber sufrido alguna enfermedad de transmisión sexual; a pesar de que las entrevistadas manejan una cantidad considerable de información, su actitud hacia esta prueba no fue favorable. Por otro lado, de las razones señaladas para que las mujeres no se tomen la prueba, una fue institucional y se relaciona con el tiempo en la entrega de los resultados; las otras fueron de índole personal como, el que le causa desagrado o ansiedad y por falta de tiempo. Así mismo, un grupo importante de las mujeres entrevistadas evidenciaron prácticas incorrectas de la prueba del PAP, básicamente sus temores se centraron en la sensación de pérdida de la intimidad al ser examinadas por un médico varón y en la toma de la prueba en tiempo recomendado para su realización. Finalmente, esta investigadora concluye que el hecho de que las prácticas estén relacionadas positivamente a la actitud, indica que al mejorar la condición

de las mujeres hacia esta prueba las entrevistadas practican, correctamente, dicha prueba. (2)

- Martínez, María y Vázquez, Sheyla . “Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz, México en Junio del 2010”. Tesis para optar licenciatura en enfermería, en donde se evidencia que el 91.4% presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% actitud indiferente; en cuanto a la realización de la toma del Papanicolaou, el 5.7 % de las mujeres en edad de 26 a 30 y 41 a 45 años, se realizan dos veces por año el PAP, lo que significa una actitud positiva ante la toma, respecto a la escolaridad, las mujeres que se practican una vez al año el PAP son las de primaria con un 24.2%, seguidas de las de nivel secundaria con 11.4% que se lo realizan 2 veces por año presentando una actitud favorable para con la toma a pesar del bajo nivel de escolaridad. (3)

- Figueroa, Nereya. “Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla, Colombia en el año 2010”. Trabajo de tesis en donde se evidencia que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas se encuentra entre los 20 y 39 años, 57,3% y el 68% mantienen una relación de pareja. Más del 90% tienen baja escolaridad, solo el 7,3% labora, ya sea como empleada o como trabajador independiente; la cuarta parte de las mujeres encuestadas no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud

(SGSSS) y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. Las condiciones de baja escolaridad, situación laboral y afiliación al SGSSS pueden asociarse a su condición de población desplazada, ya encontrada en otros estudios sobre el desplazamiento y el uso de los servicios de salud. Al establecer la relación entre el conocimiento de las encuestadas con los aspectos socio demográficos, se observa que la población afiliada al régimen subsidiado tiene mayor probabilidad de realizarse la citología vaginal en contraste con las vinculadas (SGSSS) que tienen menor probabilidad de hacerse el examen. En los otros aspectos socio-demográficos no existe asociación significativamente estadística. De otro lado, con respecto a la práctica de la citología, existe mayor probabilidad de realizarse el examen en el grupo cuyo rango de edad se encuentra entre los 20 a los 39 años; igualmente ocurre con las variables estado civil, escolaridad y ocupación, donde en unión libre, primaria y condición de ama de casa, respectivamente, se encontró asociación estadísticamente significativa. (4)

- Araujo, Macgury. "Actitud de las mujeres entre 15-25 años al ser diagnosticadas de infección por el virus papiloma humano en la consulta de Infecciones de Transmisión Sexual del ambulatorio "Rosa María de Lira", Araguata Municipio Guacara, Estado Carabobo en el segundo semestre del 2006". Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería. Carabobo, 2007. Investigación que se realizó con el objetivo de determinar la actitud de las mujeres entre 15-25 años al ser diagnosticadas de infección por el virus papiloma humano en la consulta

de infecciones de transmisión sexual, mediante un estudio descriptivo, el instrumento utilizado según la escala de Likert, se aplicó a una población total de (33) usuarias a través de un cuestionario de treinta y tres (33) preguntas, con cinco alternativas: total acuerdo (TA), indiferente (I), de acuerdo (DA), total desacuerdo (TA). Fue validado por (4) expertos: (1) psicólogo, (1) Enfermera Docente en metodología de investigación, (1) Psiquiatra, (1) Enfermera Docente en comunitaria; previo a la aplicación de la prueba piloto, mientras que la confiabilidad fue determinada a través del coeficiente Alfa Cronbach, la cual fue de 0,77%. Los resultados se analizaron descriptivamente, mediante cuadros estadísticos de frecuencia absoluta, porcentual y gráficos de barra simple, concluyendo así, que la tridimensional de la actitud en sus componentes cognitivo, afectivo y conductual, describen una actitud positiva de las mujeres que asisten a la consulta de ITS en cuanto al conocimiento, sentimientos y conducta. (5)

2.1.2. A NIVEL NACIONAL.

- Delgado Julio. “Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes durante los meses octubre – diciembre del 2013”. Tesis para optar el grado de Médico – Cirujano; Chiclayo, 2014. El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Medir el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Además fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. La muestra estuvo

conformada por 375 mujeres mayores de 18 años que acudieron a consulta externa del hospital. En la recolección de datos se empleó un instrumento tipo encuesta, la cual fue validada por juicio de expertos. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21.00. Se concluye que el 40.5 % de mujeres encuestadas presentaron un nivel de conocimientos alto; sin embargo, el 60.5% presentaron un nivel de actitudes desfavorable y un 53.9% un nivel de prácticas inadecuadas. (6)

- Guillermo A y Solis A. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en mujeres del Hospital en Chacas”. El presente estudio tuvo como objetivo describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital “Mama Ashu”, distrito de Chacas en el periodo Agosto–Diciembre de 2013. La metodología se centró en el estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño no experimental, de cohorte transversal de una sola casilla. La población lo constituyen 430 mujeres en edad fértil, se utilizó el muestreo no probabilístico obteniendo una muestra de 150 mujeres en edad fértil. Los resultados reportan que la mayoría de mujeres (70,7%), no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, Así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, y 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra. La mayoría (92,0%) tiene una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou, sin embargo al explorar las prácticas solo el 16,0% de las mujeres se realiza la prueba del PAP y el 84, % no tiene

prácticas adecuadas frente a la toma del PAP. Finalmente se concluye que las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Mama Ashu. Desconocen aspectos básicos de la toma del Papanicolaou, sin embargo llama la atención que muestran actitudes favorables, pero no se reflejan en las prácticas. (7)

- Palma, Jenny. “Prácticas de prevención del cáncer cervico uterino en usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra de San Juan de Miraflores en el año 2012”. En esta investigación se evidenció que entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervico uterino relacionadas con la conducta sexual, sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el 88,2% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, sólo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales y sólo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria tenemos: El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, sólo el 34,6% se lo realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba.(8)

2.1.3. A NIVEL REGIONAL.

- Hernández, Yuri. “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del papanicolaou en mujeres del AAHH Tierra Prometida – Ica - 2013”. De las 111 Mujeres en edad fértil sexualmente activa del AAHH a quienes se realizó la entrevista para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento, actitud y práctica que tienen sobre el examen de Papanicolaou, se encontró que: el 42,34% oscilan entre los 20 y 29 años, el 21,62% entre 14 – 19 años y el 19,82% entre 30 – 39 años. El promedio de edad alcanzado fue de 27,6 años con un rango entre 15 – 48 años. Asimismo, el 61,26% son convivientes, el 28,83% son solteras y el 8,11% son casadas. En relación al grado de instrucción el 44,14% son de nivel secundario, el 34,23% de nivel primaria y el 17,12% son de nivel superior universitario. El porcentaje de analfabetismo es bajo 0,90%. En el estudio se halló que solo el 50,45% tienen conocimientos Altos sobre el examen de Papanicolaou, mientras que el 25,23% y el 24,32% presentó conocimientos Bajos y Regular respectivamente. La Actitud que tienen las MEF sexualmente activa frente al Examen de Papanicolaou, observándose, que el 54,05% tienen una Actitud Favorable, el 24,2% Actitud Desfavorable y el 21,62% Indiferente. El promedio de puntos alcanzado fue de 11,356 pts., con un rango entre 0 – 20 pts., ubicándolas según la clasificación considerada en nuestro estudio, en el nivel de Actitud Indiferente ($X = 32,64$ pts). (9)

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. El cáncer de cuello uterino.

El cáncer cérvico uterino es una tumoración maligna que se presenta en el cuello del útero, con capacidad de invasión de estructuras vecinas y metástasis a distancia y se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa.

Su origen puede ser exocervical o endocervical. Este tipo de cáncer es totalmente prevenible, ya que se conoce el agente causal y se dispone de los procedimientos para detectarlo y acceder prácticamente a la curación. (10)

2.2.2. Epidemiología de cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años. El tipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas, que representa el 80% de todos los carcinomas invasivos de cérvix.

El 83% de los cánceres de cérvix diagnosticados cada año ocurren en los países en vías de desarrollo, siendo el mismo la causa más frecuente de muerte por cáncer en estos países, y teniendo una superviven-

cia media tras el diagnóstico de 5 años, mientras que en los países desarrollados es de 10 años.

Las cifras estimadas para mujeres mayores de 15 años indicarían que actualmente hay 27 millones de mujeres con displasia de bajo grado, 1,5 millones con displasia de alto grado y 400.000 con carcinoma invasor de cuello. En España, el cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer, una de las tasas más bajas del mundo, entre 3,4 y 12,2 casos por 100.000 mujeres/año. La incidencia se ha mantenido constante en los últimos 15 años (1983-1997), aunque analizando por edades, se observa un aumento de incidencia para las mujeres nacidas entre los años 30-407. La tasa de mortalidad es de 2,7 por 100.000 mujeres/año, semejante al promedio europeo. (10)

2.2.3. Historia Natural de la enfermedad.

El cáncer de cuello uterino se inicia como una lesión displásica o intraepitelial cervical, afectando principalmente la unión de los epitelios escamoso y columnar correspondientes al epitelio del exocérnix y endocérnix, respectivamente. En un porcentaje de casos esta lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma microinvasor (nivel de invasión menor de 5 mm) con menor probabilidad de comprometer vasos linfáticos.

En esta evolución este tipo de tumor puede continuar su infiltración, denominándose carcinoma francamente invasivo. La historia natural de la lesión intraepitelial precoz es muy importante por su relación con el tratamiento. La revisión de la literatura de los últimos cuarenta años sugiere una mayor probabilidad de persistir o progresar entre las lesiones con mayor severidad (neoplasia intracervical – NIC III) que las de menor grado de displasia (NIC I). Se ha encontrado que la NIC III puede regresar espontáneamente, pero parece que en más del 15% de los casos progresa a cáncer, mientras que la NIC I a cáncer sólo el 1% de los casos; esta proporción es similar en la NIC II. Es evidente que no todas las pacientes con células cervicales anormales desarrollan cáncer, dado que también existe la posibilidad de que la anormalidad intraepitelial pueda regresar. La evidencia que soporta las conclusiones respecto a la progresión de la enfermedad son las siguientes. De las pacientes con lesión intraepitelial (I a III), el 14% desarrollará un carcinoma in situ y un 1,4% carcinoma invasor; sin embargo, el comportamiento en general de la lesión intraepitelial grado I es diferente: el 70% de las lesiones presentarán regresión espontánea, un 20% persistirá como lesión intraepitelial I y el 10% restante progresará a una lesión intraepitelial de alto grado.

Por otro lado, en las mujeres que presentan lesión intraepitelial III, el riesgo de evolucionar a cáncer invasor cuando no reciben manejo está alrededor del 15%, mientras que en las pacientes con cáncer in situ, el riesgo de desarrollar carcinoma invasor, si no se hace ninguna clase de tratamiento, es del 36%. Hasta el presente se sabe que ninguna lesión

intraepitelial progresará a carcinoma invasor en un período menor de 18 meses. Si la paciente presenta una neoplasia invasora antes de los 18 meses de habersele diagnosticado una lesión premaligna, probablemente lo que tenía en realidad era un carcinoma microinvasor o invasor que no se logró detectar a tiempo (carcinoma oculto o estadio clínico I – B oculto, es decir, una lesión que tiene menos de 5 mm de infiltración en el estroma pero invade vasos linfáticos). La edad promedio de las mujeres con cáncer in situ es 10 a 15 años inferior a la media de las pacientes con carcinoma invasor. (11)

2.2.4. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

A. Infección por VPH.

El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas.

Hasta hace algunos años había muy pocos estudios de prevalencia y, menos aún, de la incidencia de esta infección en poblaciones definidas. La infección con VPH se asociaba principalmente con verrugas vulgares y

plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones ano genitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anormalidades en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina. La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones.

El hombre cursa como portador asintomático. A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. (11)

B. La conducta sexual.

- **Número de compañeros sexuales.** Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales.

- **Edad del primer coito.** El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

- **Características del compañero sexual.** Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia. En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón. (11)

- **Enfermedades de transmisión sexual.** Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *Chlamydia trachomatis* o herpes simplex. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.

C. Factores relacionados con la reproducción.

- **Paridad.** Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.

- **Edad del primer parto.** Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

- **Partos vaginales.** Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido.

- **Tabaquismo.** Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervico uterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran

envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.

- **Métodos anticonceptivos. Anticonceptivos orales.**

Aunque es controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical. En un estudio multicéntrico realizado por la IARC, encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29). La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.

- **Métodos de barrera.** Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad

de cáncer cervico uterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH. (11)

D. Factores psicosociales.

- **Condición socioeconómica y cultural.** Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren. La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna. Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.

- En varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas.

- **Educación en salud.** Lindau y cols. Encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria para mujeres que aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado.^{54, 55} De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, además de las propiamente administrativas, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y planteen que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias.

- **Rol que percibe la mujer de su feminidad.** Uno de los aspectos que cada vez se identifican como críticos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer del cuello uterino es el de la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones autónomas. Lamadrid plantea que en la sociedad latinoamericana se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja mientras que los hombres muchas, comportamiento que aunado a un rol de feminidad pasivo en donde el papel de la mujer es tener hijos, criarlos bien, cuidar la casa y

servir al marido, implica un riesgo alto de infección y diagnóstico tardío. (11)

Factores asociados con la calidad de la atención.

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido. En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, y en las mujeres que acuden para detección tardíamente; es de resaltar que en ese país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales. Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos

fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros. (11)

Acceso. Se define como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En investigaciones realizadas en México se ha demostrado que las mujeres que se encuentran incluidas en los programas de control prenatal, de planificación familiar y las que en general utilizan los servicios de salud son la población mayormente cautiva para la toma de la citología cervico vaginal; lo mismo demuestran los estudios efectuados en Estados Unidos, donde la mayor demanda de este servicio se presenta en usuarias que padecen enfermedades crónicas, o como el caso de Singapur, donde la demanda está condicionada por la motivación de un profesional de la salud. Esto está en consonancia con el hecho de que la mortalidad por cáncer de cuello uterino es más elevada en las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado.

Demanda inducida. Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Por esta razón se debe sensibilizar al personal de salud que el tamizaje para la detección temprana de cáncer de cuello uterino se realice de manera oportunista y no espontánea, es decir, que la mayor prevalencia de utilización de los servicios de salud se observe en pacientes que utilizan ciertos servicios de salud y en quienes se debe aprovechar el momento para su realización. Dentro del manejo del

programa es importante incentivar y orientar a la población hacia el servicio, por esto es fundamental que los profesionales que intervienen frente a la norma técnica dispongan de un alto grado de pertinencia científica.

Pertinencia técnica y científica. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Dentro del conocimiento de los profesionales que intervienen en la norma técnica se destacan la actualización, la capacitación y la educación médica continuada. Es importante además que los programas de educación concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y programas nacionales de salud. Actualmente en Colombia se encuentra definida la competencia del recurso humano para el manejo de la norma técnica de detección temprana de cáncer de cuello uterino; existe además documentación que la mayoría de los especímenes mal tomados se relacionan con la intervención de médicos recién graduados o con más de 25 años de experiencia sin educación continuada.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. Estudios realizados en México muestran que las mujeres incrementan la utilización de la prueba en presencia de algún síntoma ginecológico como

infección. Un estudio adelantado por el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México, encontró mayor satisfacción en las mujeres que se habían practicado el examen en instituciones privadas frente a las entidades públicas. Una de las características que definitivamente más impacta en la percepción de las usuarias frente a la calidad de algún servicio de salud es el tiempo que tienen que esperar para recibirlo. En un estudio se encontró el caso que la oportunidad o tiempo de espera para la toma de la citología en la institución pública fue de quince minutos a dos horas y el tiempo para la entrega de los resultados de dos a tres meses, mientras que en la privada fue de 5 a 40 minutos, con tiempo para la entrega de los resultados de ocho a quince días. Es tan importante la oportunidad como atributo de la calidad, que da argumentos al cliente como para no recomendar el servicio, pasando por encima de otros como la amabilidad y la misma pertinencia científica o competencia profesional. (11)

2.2.5. Medidas de prevención.

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria.

La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical.

La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anomalías. Su

propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical. El gran éxito de la citología en el tamizaje del cáncer de cuello uterino ha generado una expectativa irreal de que éste es un test perfecto. Sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70 a 80%. (12)

2.2.6. Los orígenes del Papanicolaou.

En 1917, George Nicholas Papanicolaou (1883-1962), médico griego nacido en Coumi, quien había obtenido su grado de doctor en el Instituto Hertig de Biología Experimental de Munich, en Alemania (4-7,8), realizó investigaciones en la Universidad de Cornell de Nueva York, utilizando el frotis vaginal para estudiar la fisiología del ciclo menstrual en animales. Posteriormente haría estos estudios en mujeres, publicando en 1933 "The sexual cycle in the human female as revealed by vaginal smears". En 1925, Papanicolaou inicia el estudio de la citología hormonal, al descubrir las células naviculares en la gestante.

La aplicación de la citopatología se dio en el diagnóstico del cáncer y, en especial, del cáncer de cuello uterino; y el 11 de abril de 1928 el patólogo rumano Aurel Babes (1886-1962) publica en La Presse Medicale un artículo titulado "Diagnostic du cancer du col utérin par les frottis" (Diagnóstico del cáncer de cuello uterino por frotis); este trabajo había sido presentado el 23 de enero y el 10 de abril de 1927 en las Sesiones de la Sociedad de Ginecología de Bucarest.

En la línea del estudio del cuello uterino, Hans Hinselmann, en 1925, en Alemania, inventa el colposcopio y Schiller, en 1933, introdujo la prueba de lugol en el examen del cérvix uterino.

Pese a la poca aceptación de sus primeros reportes, Papanicolaou continúa sus investigaciones, en colaboración con Herbert Traut y, en 1941, publica en el American Journal of Obstetrics and Gynecology la identificación de células cancerosas del cuello uterino y del endometrio en extendidos vaginales de pacientes que no tenían sospecha de cáncer y, en 1943, publica su monografía "Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear" (Diagnóstico del cáncer uterino por el extendido vaginal), que produjo gran impacto. Sus hallazgos fueron luego corroborados por numerosos investigadores, dándose el nombre de "Papanicolaou" a este examen.

La OMS, en 1977, publicó un folleto de orientación de los laboratorios de citología, en el cual se indica el valor del método de Papanicolaou; y A B Miller, en 1993, en documento publicado también por la OMS, señaló que en la lucha contra el cáncer cérvico uterino sólo se dispone actualmente de una estrategia probada, esto es, la detección citológica precoz con el tratamiento adecuado. (13)

- **La prueba de Papanicolaou.**

Una prueba de Papanicolaou, conocida también como "Prueba de Pap", es parte de un examen pélvico o examen ginecológico. La palabra "Pap" es la abreviación para la palabra Papanicolaou, que es el apellido del doctor que estudio los cambios en las células del cuello

uterino. La prueba de Papanicolaou generalmente se realiza a los 21 años a menos que la paciente tenga factores de riesgo como problemas inmunológicos, VIH, actividad sexual o un embarazo. Esta prueba es la única forma de comprobar si se producen cambios o alteraciones en las células del cuello uterino que puedan ocasionar cáncer. Usualmente, al mismo tiempo, el profesional de salud chequea si tiene una enfermedad de transmisión sexual como clamidia y gonorrea etc.

- **Desarrollo de la prueba de Papanicolaou.**

Como parte del control rutinario se le prepara psicológicamente a la paciente luego ella se coloca una bata para poder examinarla en posición ginecológica, se procede a colocar el especulo para poder visualizar la vagina y ubicar el cuello uterino luego se procederá a tomar la muestra con una espátula de Ayre del exocérvix y con un cito cepilló del endocérvix una vez tomada la muestra se extrae el especulo y la paciente ya puede cambiarse la bata. El extendido se realizara en la cara opuesta al papel de identificación de la lámina. El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos. La muestra del endocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina y la muestra del exocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina. Asegurarse de realizar bien el extendido en toda la lámina. Fijar inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70° por 30 minutos y si es de 95° es suficiente 10 a 15 minutos. La muestra así procesada y adecuadamente almacenada puede durar hasta treinta días, el recambio del fijador debe

ser diario. El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana. El laboratorio luego enviará los resultados al profesional de salud que lo solicita quien comunicará a la paciente si es que los resultados NO son normales. (14)

2.2.7. Otras técnicas de diagnóstico.

A. Tipificación de VPH de alto riesgo.

Esta prueba, usada con más frecuencia en países desarrollados, es la Captura Híbrida, que indica si la persona está infectada con una o más de las cepas de alto riesgo. Detecta ADN viral en células de los tejidos comprometidos. Esta prueba ya se incluye en algunos programas de detección, generalmente junto con el Papanicolaou.

Requiere equipo de laboratorio bastante sofisticado y caro, y una computadora especial. El proceso toma alrededor de seis horas y emplea técnicas moleculares para detectar la presencia del virus en las muestras, todo lo cual hace que sea demasiado costoso y difícil de aplicar en la mayoría de los contextos de bajos recursos.

El VPH se puede identificar en casi todos los cánceres cervicales, y se acepta Como factor causal importante en el desarrollo tanto del cáncer cervical Como de su precursor, la displasia cervical. Se han identificado más de 100 tipos de VPH de los cuales cerca de un tercio producen infección genital. El VPH genital es transmitido casi exclusivamente por contacto sexual. Se divide en grupos de alto y bajo riesgo, dependiendo de la probabilidad de desarrollar una enfermedad cervical significativa luego de la exposición a un tipo particular. Los tipos de bajo riesgo dan lugar al

condiloma benigno. Los tipos de alto riesgo se encuentran en 99,7% de cánceres cervicales.

En un estudio publicado por Kunh, se detectó VPH de alto riesgo en el 73,3% de mujeres con LEI de alto grado, 88,4% con carcinoma invasivo de cérvix y 12,2% en mujeres sin patología cervical. El test de captura de híbridos tipo I (HC I) tiene una sensibilidad igual a la citología cervicovaginal en la detección de neoplasia. Sin embargo, la citología tiene mejor especificidad que el HC I (96, 8% vs 87, 8%) y que el HC II (81, 9%).

B. Inspección visual con ácido acético (IVAA).

Consiste en la inspección visual del cérvix luego de una aplicación de ácido acético diluida del 3 al 5% sin utilizar lente de aumento (a simple vista) y utilizando una fuente luminosa. El epitelio anormal se muestra como zonas acetoblancoas, que dependiendo de las características se clasifican en lesiones negativas, sospechosas o definitivas. La inspección visual con ácido acético (IVA) tiene mayor sensibilidad (76, 7% vs 44, 3%) pero menos especificidad (64, 1% vs 90, 6%) que la citología convencional para la detección de cáncer de cérvix. Comenzó a utilizarse alrededor de 1930, pero luego, por su baja especificidad, fue remplazada por la citología convencional. Esto ocasionó que las pacientes con anormalidades citológicas requirieran, en un segundo tiempo, una colposcopia para confirmar el diagnóstico. Como resultado se generó un incremento en los costos, disminución de la cobertura, difícil acceso a este servicio en zonas de bajos recursos, además de una ausencia de impacto en las tasas de mor-

bimortalidad por cáncer de cuello uterino. Por esta razón, en la década de los 80 se inició la exploración de nuevas alternativas de tamizaje de cáncer de cuello uterino que permitieran aumentar la cobertura, disminuir los costos, facilitar el acceso de las usuarias a los servicios y lo más importante, que disminuir la mortalidad.

Dentro de las técnicas que se consideraron se retomó la IVA, que fue considerada como una alternativa atractiva para ser usada en las comunidades de bajos recursos, por ser un procedimiento relativamente simple de realizar que no requiere de alta tecnología y de infraestructura sofisticada para llevarla a cabo. Por otro lado, aunque el procedimiento debe ser realizado por personal de salud entrenado, no necesariamente éste tiene que ser médico. La inspección visual con ácido acético (IVA) se considera ventajosa, en comparación con la citología, en cuanto a que permite el diagnóstico y tratamiento en una sola visita. Se ha propuesto como una alternativa para tamizaje de cáncer de cuello uterino en países de bajos recursos, que tienen programas de tamizaje con bajas coberturas, demora en la entrega de resultados, con escaso impacto en la mortalidad por cáncer y con pacientes de difícil seguimiento.

Con la tipificación de VPH y tratamiento a las pacientes positivas en una segunda visita se invierten US\$39 por año de vida salvado y se disminuye un 27% la incidencia de cáncer; con visualización directa (IVA) y tratamiento inmediato se disminuye un 26% la incidencia de cáncer, con un costo mínimo; mientras que con citología cervico uterina y tratamiento de las positivas en una segunda visita, se disminuye en un 19% la incidencia de cáncer a un costo de US\$81 por año de vida salvado. Un estu-

dio de corte transversal en Kerala evaluó la visualización directa con ácido acético (IVA) sólo, versus IVA más solución de lugol (IVSL) y IVA seguida de citología. Se encontró que cuando se usa secuencialmente la IVA seguido por VILI, la sensibilidad es de 85,9% y la especificidad de 84,7%. Cuando la IVA fue seguida por la toma de citología, la sensibilidad fue mucho más baja (72,6% para IVA de cualquier lesión acetoblanca, y 65,9% para IVA de lesiones bien delimitadas y opacas) y la especificidad fue superior (93,7% para IVA cualquier lesión acetoblanca y 95,9% para IVA en lesiones bien delimitadas y opacas).

En resumen, la IVA en LEI de bajo grado tiene baja sensibilidad (54%) y especificidad y es una prueba que tiene mayor utilidad en la detección de LEI de alto grado (S, 87%), las cuales deben ser remitidas a instituciones especializadas para confirmar el diagnóstico y realizar tratamiento (15).

C. Inspección visual con Iodo Lugol (VILI).

La VILI es la observación del cuello uterino con ojo desnudo, luego de la aplicación de solución de iodo lugol al 25%. Dicha solución, con avidez por el glucógeno, tiñe de color caoba oscuro el epitelio escamoso normal, lo que indica que la célula contiene glucógeno. La falta de tinción significa un estado no glucogenado, presuntamente patológico.

El epitelio cilíndrico no cambia de color, ya que no contiene glucógeno, pero puede cambiar débilmente; la metaplasia inmadura o incipiente y las lesiones inflamatorias tienen un contenido parcial de glucógeno, y al teñirse aparecen como áreas de captación dispersa y mal definida. Las lesiones precursoras y el cáncer invasor no captan el iodo, ya que care-

cen de glucógeno, y aparecen como áreas bien definidas, gruesas, de color amarillo mostaza o azafrán. Las zonas con Leucoplasia (Hiperqueratosis) no se tiñen con el Iodo. Los condilomas pueden no teñirse o, en ocasiones, teñirse de manera parcial.

Fortalezas de la VILI:

- Método sencillo, de bajo costo fácil de aprender, que requiere una mínima infraestructura.
- Puede ser realizado por muchos tipos de prestadores de salud.
- Los resultados están disponibles de inmediato.
- Menos mujeres abandonan el seguimiento.

Limitaciones de la VILI:

- Es necesario adiestramiento y control de calidad.
- Puede ser menos precisa en mujeres postmenopáusicas.
- Depende de la subjetividad del evaluador.

2.2.8. El sistema Bethesda.

El Sistema de Bethesda fue propuesto por primera vez en un taller auspiciado por el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, realizado en la ciudad de Bethesda, en diciembre de 1988'. La reunión, en la que participaron una pléyade de citopatólogos, fue motivada por la necesidad de estandarizar la terminología y uniformizar las características de los informes de los resultados. Se reconoció al informe citológico como una consulta médica formal y es el citopatólogo, en último término, el responsable médico y legal del diagnóstico citológico. En 1991 se realizó un segundo taller para modificar el Sistema de Bethesda, sobre la base de la experiencia clínica y de laboratorio después de su aplicación.

En abril de 2001 se efectuó el tercer taller, para evaluar y actualizar la terminología acordada en 1991. Las modificaciones reflejan los importantes avances en el conocimiento de la neoplasia cervical y de la tecnología del tamizaje.'

Actualmente, más de 90% de los laboratorios de los Estados Unidos utiliza alguna forma del Sistema de Bethesda. En el Perú, la nomenclatura de este sistema ha sido adoptada por el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio de Salud.

Propósitos del sistema de Bethesda

- Facilitar la comunicación entre citopatólogos y clínicos.
- Dar criterios para la calificación y acreditación de los laboratorios de citología.
- Facilitar la investigación de la enfermedad cervical en las áreas de la epidemiología, biología y patología.
- Mejorar la correlación citohistológica.
- Facilitar la formación de citotecnólogos.
- Proveer de datos confiables para análisis estadístico.
- Ofrecer a los ginecólogos una terminología adecuada para el tratamiento y pronóstico.

Los tres componentes del Sistema de Bethesda son:

- a) Calidad (adecuación) del frotis
- b) Categorización general del resultado citológico
- c) Interpretación descriptiva. (18)

Bases lógicas del sistema de Bethesda.

1. El comportamiento biológico de las lesiones escamosas intraepiteliales de grado bajo es diferente de las de grado alto.
2. Las clasificaciones que usaban tres o cuatro categorías han demostrado poca reproducibilidad inter e intra observador.
3. El manejo de la lesión escamosa intraepitelial de grado alto es similar para las variedades de esta lesión.
4. Los virus papiloma humano de riesgo alto se presentan con mayor frecuencia en las lesiones escamosas intraepiteliales de grado alto.

Correlación de nomenclaturas de citología cervical

Sistema Papanicolaou	Richardt	Bethesda
Normal		
Displasia leve	NIC I	Lesión intraepitelial de bajo grado LEIB. PVH
Displasia moderada	NIC II	Lesión intraepitelial de alto grado LEIA
Displasia severa	NICIII	Lesión intraepitelial de alto grado LEIA
Carcinoma insitu	NICIII	Lesión intraepitelial de alto grado LEIA
Carcinoma invasor		

- **Significado de los resultados patológicos del examen de Papanicolaou.**

En general, el cáncer no es la razón por la cual los exámenes de Papanicolaou tienen un resultado anormal. La razón más común de tener

resultados anormales en un examen de Pap es la presencia de una infección vaginal o cervical que causa los cambios en las células de tu cuello uterino. La mayoría de estos cambios se pueden observar hasta que regresen a su estado normal. En algunas ocasiones se requerirá de tratamientos especiales. Los exámenes de Papanicolaou regulares y los tratamientos, si fuesen necesarios, pueden prevenir muchos tipos de cáncer de cuello uterino. Aunque muchos de los exámenes de Papanicolaou tienen resultados normales, no es raro que los resultados sean anormales en ciertas pacientes, sobre todo si son adolescentes. (16)

Las siguientes definiciones explican lo que significan los resultados de un examen de Papanicolaou:

Normal. Significa que el cuello uterino está saludable. En este caso el profesional de salud ginecólogo u obstetra le informa a la paciente cuando necesita realizar su próximo examen de Papanicolaou.

No satisfactorio. Por alguna razón la muestra de las células no es una buena muestra y no puede ser leída por el profesional de laboratorio. El ginecólogo u obstetra informará a la paciente cuando se deberá realizar otro examen de Pap.

Cambios benignos. Esto significa que el examen de Pap fue básicamente normal. Sin embargo, puede que tengas una infección que está causando una inflamación en las células del cuello uterino. El ginecólogo realizará un examen pélvico para determinar cuál es la causa de la infección y prescribir el tratamiento que se

requiere. También le indicara a la paciente cuando deberá realizarse un examen de Papanicolaou de seguimiento.

ASCUS. (Que es la abreviación para “Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance”, atipia de significado indeterminado). Esto significa que existen cambios leves anormales en sus células del cuello uterino, que pueden ser lesión de bajo grado sin certeza. Para muchas mujeres estos cambios pueden desaparecer sin más y no requieren tratamiento. Sin embargo para algunas mujeres las células anormales no desaparecen o pueden empeorar y entonces si requieren de tratamiento. Si tienen un resultado de ASCUS se debe repetir el PAP en seis meses para comprobar si las células anormales han desaparecido o no, si la citología es normal repetir la prueba de citología en seis y doce meses. Si todas ellas son normales puede seguir con su PAP cada año.

Si el resultado de alguna de las citologías repetidas son Atipia Indeterminada (ASCUS) o más avanzada se debe practicar una colposcopia. El médico indicara exámenes para determinar si el VPH (virus del papiloma humano) es la razón del cambio de estas células.

Si la paciente está saludable y los exámenes de Papanicolaou muestran ASCUS, necesitará repetir el examen dentro de un año. Si el examen aún resulta anormal entonces necesitará realizarse una colposcopia.

Las siguientes indicaciones son para adolescentes y jóvenes que tienen 21 años o menos.

ASCUS-H. Este resultado significa que las células no son las células típicas que generalmente se encuentran en el cuello uterino. Es muy probable que se relacionen con VPH. Estas son consideradas “células atípicas” (células atípicas de significado indeterminado). La letra “H” al final de esta abreviación significa que existe la posibilidad que “los cambios a altos niveles” puedan ser la causa del problema. Si este es el resultado del examen de Papanicolaou, la paciente necesitará realizarse una colposcopia.

LIEBG (Lesión intraepitelial de bajo grado). Este resultado significa en general que la paciente está infectada con el virus del papiloma humano (VPH). Se le pedirá que regrese en 12 meses para repetir el examen. Si el examen nuevamente resulta anormal, entonces deberá realizarse una colposcopia.

LIEAG (Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado). Este resultado significa que las células del cuello uterino han cambiado. Estos resultados son más serios que los cambios producidos a bajo grado. Es probable que la paciente no tenga cáncer ahora, pero si no lleva un tratamiento, está en riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino. El tratamiento puede prevenir que esto suceda. El doctor recomendará que se realice una colposcopia.

AGC (Células Glandulares Atípicas). Este resultado significa que existen cambios en las células glandulares del cuello uterino. Necesita realizarse una colposcopia.

Cáncer. A pesar de que es raro que se produzca en jóvenes, si los resultados del examen de Papanicolaou muestra células

cancerosas, la paciente necesitará ser atendida por un ginecólogo especialista en pacientes con cáncer (oncólogo). Es necesario realizar un tratamiento de inmediato y generalmente este incluye cirugía. Mientras más temprano se realice el tratamiento, mayores serán tus posibilidades de mantenerse sana. Si el doctor le informa a la paciente que tiene LIEBG o LIAG como resultado del examen de colposcopia, necesitará regresar al consultorio para realizar consultas de control y un examen de Papanicolaou, cada año durante 20 años. (16,17)

Si es que la paciente va a repetir el examen de Papanicolaou, deberá:

Solicitar la cita después que cualquier infección cervical o vaginal o de hongos o cualquier enfermedad de transmisión sexual haya sido curada.

Pedir cita luego de haber terminado su período menstrual.

No colocar nada en su vagina por 48 horas antes del examen de Papanicolaou. Esto incluye tampones, duchas, cremas y espumas.

No tener relaciones sexuales por 48 horas antes del examen.

Infórmele al doctor si piensa que está embarazada.

Informar al doctor si tiene alguna otra condición de salud o alergias.

2.2.9. Tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Etapa precoz.

Carcinoma de cuello uterino precoz. Tumor limitado al cuello uterino con un diámetro menor de 4 cm, lo cual incluye los estadios IA1, IA2, IB1 y IIA1.

Pautas de tratamiento estadio IA1

El diagnóstico debe hacerse solo en la pieza histopatológica de una conización. Este estadio incluye las lesiones microscópicas con invasión en profundidad menor o igual a 3 mm y una extensión horizontal menor o igual a 7 mm.

Las formas de tratamiento incluyen: La conización con asa o en frío con márgenes libres es considerada como tratamiento suficiente para este estadio, especialmente en pacientes con deseos de descendencia. Asimismo este consenso recomendó la realización de la conización, preferiblemente en una sola pieza y con un estudio histopatológico extenso de la pieza.

En pacientes con descendencia completa se recomienda la realización de una histerectomía abdominal convencional o por laparoscopia, posterior al diagnóstico realizado en la pieza de conización.

El diagnóstico de cáncer de cuello uterino como hallazgo incidental en una pieza de histerectomía realizada por otro diagnóstico tales como fibromatosis uterina, hiperplasia endometrial, etc., requiere en primer lugar la confirmación histológica, mediante la revisión adecuada del material histológico.

Una vez documentada la lesión, debe revisarse el diámetro del tumor, la invasión estromal y la determinación de focos de invasión linfática vascular con el fin de determinar el probable estadio de la enfermedad. Asimismo la presencia de enfermedad en el margen vaginal es de suma importancia. En enfermedad considerada estadio IA1, la histerectomía convencional se considera un tratamiento suficiente. Sin embargo, en pacientes con enfermedad con invasión estromal mayor a 3 mm o extensión horizontal mayor a 7 mm, se recomendó la radioterapia adyuvante.

Pautas de tratamiento Estadio IA2. El diagnóstico debe ser hecho solo en la evaluación de la pieza de conización: lesiones no visibles, con una invasión estromal en profundidad mayor de 3 mm y menor de 5 mm y/o extensión lateral menor a 7 mm.

Las formas de tratamiento incluyen: Histerectomía radical (Histerectomía tipo III más linfadenectomía pelviana). La preservación de ovarios depende de la edad y deseos de la paciente. En pacientes jóvenes al preservar los ovarios se recomendó la transposición fuera de la pelvis mayor y la colocación de clips metálicos. En pacientes con morbilidad asociada severa que contraindique la cirugía, se recomendó la radioterapia externa más braquiterapia.

ESTADIO IB1 Y IIA1. Este estadio incluye aquellos tumores confinados al cuello uterino macroscópicamente visible con diámetro menor o igual a los 4 cm o lesiones preclínicas con dimensiones mayores al IA2. El estadio IIA1 se define como tumor que se extiende del cuello uterino al

tercio superior de la vagina con lesión tumoral menor o igual de 4 cm de diámetro.

Las formas de tratamiento incluyen:

Histerectomía radical (abierta o laparoscópica) histerectomía ampliada tipo III más disección ganglionar pélvica. La preservación de los ovarios depende de la edad y deseos de la paciente. En caso de preservar ovarios se recomendó, la transposición fuera de la pelvis mayor y deben ser marcados con clip metálico. Ante hallazgos intra-operatorios de ganglios positivos, mediante biopsia peroperatoria, se recomienda, omitir la histerectomía y considerar completar la disección ganglionar pélvica.

En pacientes inoperables por co-morbilidad asociada severa, HIV positivas, obesidad mórbida este consenso recomienda la radioterapia externa y braquiterapia con o sin quimioterapia concurrente. Esta última en caso de existir factores de riesgo tales como invasión profunda del estroma, tumor mayor de 4 cm y permeación linfo-vascular.

Este consenso recomienda la radioterapia con quimioterapia concurrente como tratamiento primario en las pacientes con los siguientes factores de riesgo para recaída local y/o regional:

- Márgenes tomados o cercanos menores a 3 mm.
- Tamaño tumoral mayor a 4 cm
- Ganglios positivos
- O más de un factor de riesgo intermedio como son la invasión linfática vascular, invasión profunda del estroma de 8 mm o más de un tercio e histología desfavorable.

Manejo del cáncer localmente avanzado y recurrente

Objetivos

- Definir cáncer localmente avanzado.
- Definir las pautas de tratamiento del estadio IB2 hasta el estadio IVB.
- Estandarización de la radioterapia y quimioterapia a nivel nacional.
- Tratamiento de la enfermedad recurrente.
- Vigencia de los protocolos de tratamiento integrados.
- Quimioterapia adyuvante.

Cáncer de cuello uterino localmente avanzado

Se incluye dentro de esta denominación a las lesiones confinadas al cuello uterino mayores de 4 cm de diámetro y aquellas con extensión extra cervical sin metástasis a distancia. Tomando en cuenta la clasificación de la FIGO, se engloba desde el estadio IB2 hasta el IVA.

Pautas de tratamiento para el cáncer de cuello uterino desde el estadio IB2 hasta el estadio IVB.

ESTADIO IB2 Y IIA2. El tratamiento de elección para esta etapa clínica de la enfermedad es la radioterapia con quimioterapia concurrente con esquemas a base de platino. Para este fin el esquema específico de tratamiento será el siguiente: radioterapia externa 4 000 CGy seguida de braquiterapia de alta o mediana tasa de dosis, mediante 4 implantes útero vaginales de 700 CGy cada uno, para una dosis total de 2 800 CGy. Dosis

al punto A 8 000- 8 500 CGy siendo más utilizado 8 000 CGy, (se denomina punto A al situado 2 cm por encima del orificio externo del cuello uterino y 2 cm por fuera, sitio donde la arteria uterina cruza el uréter).

Quimioterapia concurrente con cisplatino semanal a dosis de 40 mg/m² administrada 4 horas antes de la radioterapia externa durante 6 semanas. Se realizará un ciclo de quimioterapia adicional antes del segundo implante útero- vaginal. Total: 7 ciclos de quimioterapia.

NOTA: solo en pacientes con persistencia de enfermedad resecable a las 5 semanas tras el tratamiento con radioterapia y quimioterapia concurrente, se evaluará la posibilidad de realizar una histerectomía ampliada tipo I en pacientes con estadio IB2 y una histerectomía ampliada tipo II en las pacientes con estadio IIA2.

Estadio IIB. Radioterapia externa 4 500 CGy seguidos de braquiterapia de alta o mediana tasa de dosis. Se administrará una dosis adicional (boost) de 1 000 CGy a los parametrios afectados y posteriormente 4 implantes útero vaginales de 700 CGy cada uno, para un total 2 800 CGy. Dosis al punto A 8 500 - 9 000 CGy. Quimioterapia concurrente con cisplatino semanal a dosis de 40 mg/m² administrada 4 horas antes de la radioterapia externa durante 6 semanas. Se realizará un ciclo adicional antes de segundo implante útero-vaginal, para un total de 7 ciclos de quimioterapia.

Estadio III A. Radioterapia externa a pelvis con una dosis de 4 500 CGy, con extensión del campo a vagina inferior y regiones inguinales (si es necesario, es decir, si las lesiones se extienden hasta el 1/3 inferior de

vagina). Se administrará una dosis adicional (boost) de 1000 CGy a los parametrios afectados. Este esquema va seguido de braquiterapia de alta o mediana tasa de dosis mediante 4 implantes útero vaginal de 700 CGy cada uno, para un total 2800 CGy. Quimioterapia concurrente con cisplatino semanal a dosis de 40 mg/m² administrada 4 horas antes de la radioterapia externa durante 6 semanas. Se realizará un ciclo adicional antes del segundo implante útero-vaginal, para un total de 7 ciclos de quimioterapia.

Estadio III B. Radioterapia externa a campos pelvianos 4 500 CGy. Se administrará una dosis adicional (boost) de 1 000 CGy al (los) parametrios afectados. Seguidos de braquiterapia de alta o mediana tasa de dosis, mediante 4 implantes útero-vaginales de 700 CGy cada uno, para un total 2 800 CGy. Quimioterapia concurrente con cisplatino semanal a dosis de 40 mg/m² administrada 4 horas antes de la radioterapia externa durante 6 semanas. Se realizará un ciclo adicional antes de segundo implante útero-vaginal. Total: 7 ciclos de quimioterapia.

Estadio IVA. Radioterapia externa a pelvis 4 500 CGy seguidos de braquiterapia de alta o mediana tasa de dosis. Se administrará una dosis adicional (boost) de 1 000 a 1 500 CGy a los parametrios afectados y posteriormente 4 implantes útero vaginales de 700 CGy cada uno, para un total 2 800 CGy. Quimioterapia concurrente con cisplatino semanal a dosis de 40 mg/m², administrada 4 horas antes de la radioterapia externa durante 6 semanas. Se realizará un ciclo adicional antes de segundo implante útero-vaginal. Total: 7 ciclos de quimioterapia.

Estadio IVB. El tratamiento de este estadio debe incluir el manejo de la enfermedad local y regional según su extensión mediante radioterapia con quimioterapia concurrente igual que en el estadio IVA, siempre que el estado de la paciente lo permita. Asimismo debe diseñarse un manejo adicional de la enfermedad a distancia dependiendo de la localización, volumen y extensión. Para el tratamiento de la enfermedad a distancia de bajo volumen puede tratarse con un campo adicional de tratamiento con radioterapia externa. (20)

2.2.10. Actitud de las pacientes hacia los resultados patológicos.

La actitud. Según Zimbardo, Ebbesen y Maslach (2012), las actitudes son eventos privados cuya existencia inferimos de nuestra propia introspección o de alguna forma de evidencia conductual, cuando se expresan abiertamente en palabras o en obras. Todas las personas poseen una serie de actitudes, las cuales son las encargadas de dirigir y controlar sus tendencias a reaccionar positiva o negativamente ante cosas, personas y/o situaciones.

Por otra parte, Myers (2010) establece que las actitudes son opiniones, creencias y sentimientos que pueden predisponernos a responder de tal o cual modo hacia objetos, personas y/o acontecimientos. Worchel, Cooper, Goethals y Olson (2012) consideran que: A través de los años se han propuesto muchas definiciones de actitud, de las más simples como “lo que gusta y lo que no gusta” (Bem, 2011), a las complicadas como “un estado mental o neuronal dispuesto, organizado por medio de la expe-

riencia, que ejerce una influencia rectora o dinámica en la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

Sin embargo, la definición que toman de la actitud Worchel et als. (2012) es “un juicio evaluativo (bueno o malo) de un objetivo. Así, una actitud representa la propensión favorable o desfavorable del individuo hacia el objetivo”. Así mismo Zanna y Rempel (2010) leído en Worchel et als. (2009), identifican cuatro rasgos esenciales del concepto de actitudes:

Primero, las actitudes se refieren a un estímulo; es decir, siempre tienen un referente. Las actitudes siempre se dirigen a un objetivo (un asunto, una conducta, una persona, un grupo, cualquier otro aspecto identificable del medio). Segundo, las actitudes se refieren a las evaluaciones que hacen los individuos de los objetivos. Son juicios en el contexto de una dimensión evaluativo (de lo bueno a lo malo) que reflejen impresiones agradables o desagradables hacia un objeto. Tercero, las actitudes están representadas en la memoria. El cuarto y último rasgo clave de las actitudes es que se desarrollan a partir de la información cognoscitiva, afectiva o conductual. (21,22)

Sustentando el último rasgo de las actitudes, Papalia (2010) expresa que las actitudes están compuestas por tres elementos:

1. Componente Emocional o afectivo: involucra sentimientos, evaluación de la persona, el gusto o la respuesta emocional hacia un objeto o persona.
2. Componente Cognitivo: creencias de una persona o el conocimiento factual de un objeto o persona.

3. Componente Conductual: involucra la conducta observable de la persona dirigida hacia un objeto o persona, es la manifestación de pensamientos y opiniones.

También establecen algunas formas de medir dichos elementos:

1. Afectivo: a través de respuestas fisiológicas o expresiones verbales de gusto y disgusto.
2. Cognitivo: autoevaluación de creencias o por la cantidad de conocimientos que una persona tiene hacia un tema.
3. Conductual: por observación directa de cómo la persona se comporta en situaciones específicas de estimulación.

Whittaker. (2011). define las actitudes con las siguientes características:

1. Las actitudes son aprendidas, y por lo tanto pueden ser diferenciadas de los motivos bio sociales que no son aprendidos.
2. Las actitudes son relativamente duraderas, tienden a no cambiar radicalmente y permanecen estables en el tiempo.
3. Las actitudes son dirigidas hacia algo o contra algo, teniendo una característica evaluativo o direccional.

De igual modo, Whittaker (2013) afirma que las actitudes pueden ir de lo muy positivo a lo muy negativo, entendiendo por positivo “que la persona a la que nos referimos muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto al cual tiene determinada actitud, mientras que lo negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto”.

Allport (2009, citado por Whittaker 2012), establece la manera en la que se forman las actitudes en los individuos, la cual puede ser mediante tres situaciones; la primera es por la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí, la segunda es debido a traumas o experiencias dramáticas y por último la adopción de actitudes convencionales, es decir, por el contacto con otras personas que mantienen la misma actitud. Sin embargo existen unas teorías que explican mejor la formación de las actitudes en los individuos, las cuales serán explicadas a continuación.

Teorías de la Actitud

1. Teoría del aprendizaje
2. Teoría de la consistencia cognitiva
3. Teoría de la disonancia cognitiva
4. Teoría de la autopercepción

Teoría del aprendizaje: señala que las actitudes se aprenden del mismo modo en que se aprende todo lo demás. En la medida en que seamos reforzados por los sentimientos, pensamientos y acciones, el aprendizaje perdurará.

Teoría de la consistencia cognitiva: establece que la disonancia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

Teoría de la disonancia cognitiva: Festinger (2012), citado por Myers, 1988) sostiene que las personas tienden a incrementar el valor de

lo que ellos han elegido, y minimizar la opción que han descartado. Dice que siempre tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, y hace que nos sintamos incómodos psicológicamente, teniendo la necesidad de hacer algo para disminuir esa discordancia, convenciéndonos a nosotros mismos de que la alternativa que elegimos es la más deseable, y la no elegida es la menos deseable.

Teoría de la autopercepción: es también llamada Análisis atributivo de Bem, con el cual se cree que las personas contemplan sus comportamientos y luego atribuyen lo que hacen al cómo se sienten. Las personas se fijan en pautas externas para comprender lo que son sus propias actitudes.

Medición de las Actitudes: Mella (2010) indica que: En los primeros años de la década del 60 se inició la evaluación de actitudes hacia otras discapacidades como la sordera y la enfermedad mental. Fue sólo al final de la década que los investigadores comienzan a analizar las actitudes hacia la discapacidad en términos más amplio.

En general, las actitudes son medidas mediante la escala de Likert. Diversos autores han diseñado instrumentos para medir las actitudes, específicamente aquellas que se presentan hacia las personas con discapacidad; entre estos conseguimos a Yuker, Blok y Campbell, quienes en 2010 diseñaron la Escala Unidimensional de Actitudes hacia personas Discapacitadas (Attitude toward Disabled Persons Scale: ATDP); en Canadá se elaboró la Encuesta Nacional de las Actitudes de los Canadienses hacia las Discapacidades (National Survey of Canadians" Attitudes

toward Disabilities); y Verdugo et al. Elaboraron la Escala de Actitudes hacia Personas con Discapacidad. (23,24,25)

2.3. Definición de términos teóricos.

Cáncer. Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de las células, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metastasis en puntos distantes del organismo .

Cáncer cervical. Un carcinoma de cérvix (carcinoma de cuello uterino) o cáncer de cuello uterino (cáncer del orificio uterino) es una proliferación maligna del cuello uterino.

Cervix Uteri. La cérvix uteri (cuello uterino, también denominado cérvix) se refiere al cuello uterino, es decir, a la parte inferior del útero, que contiene el orificio a la vagina, el orificio uterino.

Citodiagnóstico. El citodiagnóstico (del griego, prefijo $\kappa\iota\tau\omicron$ / cito = célula) se refiere a la producción de cultivos celulares mediante frotis coloreados o el análisis microscópico de partes de tejido (en su mayoría teñidos mediante técnicas de laboratorio). Las muestras de tejido se toman mediante una biopsia (biopsia con aguja fina) y se los somete a un análisis histológico.

Citología. La Biología Celular es una disciplina de las Biociencias, en la que con ayuda del microscopio y de métodos biológico-moleculares se examina la célula, para comprender y esclarecer los procesos biológicos en ella. Su principal foco de atención es analizar los distintos compartimentos y elementos celulares de una célula, además de los

componentes estructurales importantes, tales como la membrana plasmática, la pared celular vegetal o el citoplasma.

Displasia. Displasia es un término que se utiliza en la Medicina y la Medicina Veterinaria. Significa en general una malformación y proviene del griego: dys: malo, defectuoso; y plassein: formar.

Especificidad y sensibilidad. En estadística o en otros sistemas de clasificación, la sensibilidad de un examen estadístico (también tasa de verdaderos positivos, sensibilidad, tasa de aciertos) se refiere a la probabilidad de reconocer un resultado verdaderamente positivo mediante un resultado de examen positivo. La especificidad de un examen estadístico o de otros sistemas de clasificación se refiere a la probabilidad de reconocer un resultado verdaderamente negativo mediante un resultado de examen negativo.

Frotis. En la Medicina se denomina frotis a un examen en el que con ayuda de un hisopo de algodón, cito cepillos o una espátula de frote- se extrae material de una superficie de mucosa o de una herida, para su análisis.

Ginecología. La Ginecología (del griego: gynaikos, gineco = mujer; logos, logia =tratado, estudio, ciencia) es la ciencia de la medicina femenina o de las enfermedades de los órganos sexuales femeninos y genitales o de la procreación.

Necrosis. En la Biología y Medicina se entiende por necrosis (del griego: yenuoeo «muerte») a la pérdida intravital y patológica de una o varias células. Contrariamente, apoptosis se refiere a la pérdida o muerte

intravital y fisiológica de células individuales o de una determinada población de células, por lo que se denomina muerte celular programada.

Pap Test, prueba de Papanicolaou. El PAP-Test fue desarrollado en 1928 por el médico griego George Papanicolaou. Se basa en el análisis de los frotis celulares coloreados del orificio uterino femenino y sirve para la detección temprana del cáncer de cuello de útero.

Prevención del cáncer. Como programa de prevención se entiende a los exámenes preventivos que se realizan para la detección temprana de enfermedades, previstos por los seguros de salud legales. Se diferencia entre los programas de prevención para recién nacidos y niños, jóvenes, mujeres y hombres.

Técnica de frotis con la cito-espátula de Szalay. La técnica de frotis con la cito-espátula de Szalay se refiere al frote que se realiza con la espátula de frote de Szalay.

Uterus, útero. El útero, del latín Uterus, es el órgano sexual femenino en el que maduran los óvulos fecundados y en donde se produce el desarrollo embrionario y fetal hasta el nacimiento en el que se recibe al recién nacido.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con la actitud de las usuarias atendidas en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con el nivel de conocimientos de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015.

Hipótesis específica 2:

Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con el estado emocional de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015.

Hipótesis específica 3:

Los resultados patológicos de Papanicolaou se relacionan con la conducta de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015.

3.2. Variables

3.2.1. Variable independiente

Resultados patológicos de Papanicolaou.

3.2.2. Variable dependiente

Nivel de conocimientos

Estado emocional

Conducta de las usuarias

Variables intervinientes

Edad

Grado de instrucción

Estado civil

Condición laboral

Ingresos económicos

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de la investigación

4.1.1. Tipo de investigación.

Según los propósitos de la investigación, el estudio es una investigación observacional, prospectivo de corte transversal, porque a partir de la investigación básica, de los descubrimientos y avances de la obstetricia, con utilización y consecuencias prácticas de los conocimientos, intenta conocer un caso práctico como las actitudes de las usuarias frente a los resultados patológicos del Papanicolaou. (26,27)

4.1.2. Nivel de investigación.

El nivel de la investigación fue de tipo explicativo - correlacional. En este estudio explicativo se han seleccionado un conjunto de variables y se han medido cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin, en primera instancia de explicar. Este estudio busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno. Pero luego se pretende establecer la forma de relación entre estas características. Los estudios correlacionales como este, pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan, en este caso, dos variables entre sí. Estas relaciones se establecen dentro de un mismo contexto, y a partir de los mismos sujetos en la mayoría de los casos. La decisión de aplicar un tipo de investigación depende

entonces del grado de conocimiento existente respecto al tema a investigar después de realizar una revisión bibliográfica exhaustiva.

4.1.3. Método.

El método de investigación que se utilizó para el desarrollo del presente proyecto de investigación es el cuantitativo. (27, 28,29)

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1. Población

La población del presente estudio fueron las pacientes sometidas a las pruebas de Papanicolaou con resultado patológico atendidas en consulta externa de obstetricia en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015. (30)

.

4.2.2. Muestra.

La muestra del estudio estuvo conformada por las pacientes sometidas a la prueba de Papanicolaou con resultados patológicos. El tamaño de la muestra quedo constituida por 56 mujeres pacientes con resultado patológico atendidas en consulta externa de obstetricia en el Hospital que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron a pacientes con resultados patológicos de Papanicolaou y que aceptaron su participación en el estudio.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron a las pacientes con resultados negativo de Papanicolaou y que no aceptaron su participación en el estudio.

4.3. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. Técnicas.

Las técnicas empleadas fueron: el cuestionario debidamente validado a las usuarias con resultado patológico de Papanicolaou y la revisión documentaria, que permitió obtener los datos precisos sobre el número de pacientes y los resultados patológicos del Papanicolaou. La muestra conformada fue de carácter censal, es decir, no probabilística.

(32)

4.3.2. Instrumentos.

Los instrumentos empleados fueron el cuestionario y la ficha epidemiológica. (33) El cuestionario se elaboró sobre la base de cuestionarios utilizados en estudios anteriores de los que se extrajo preguntas para conformar cada una de las dimensiones. El cuestionario para evaluar las actitudes incluye 9 preguntas para evaluar cada dimensión haciendo un total de 27 preguntas, a las que a cada una se le asignó un peso máximo de 5 y un mínimo de 1, en una escala de respuesta tipo Likert, este formato de respuesta ofrece una escala de medida ordinal ascendente que va de menos a más.

Para este estudio el formato de respuesta tipo Likert se estructuró de la siguiente manera:

TA DA I ED TD

TA = Totalmente de acuerdo

DA = De acuerdo

I = Indeciso

ED = En desacuerdo

TD = Totalmente en desacuerdo

Esta escala fue sometida previamente a un examen piloto para verificar la validez y la confiabilidad. La validez fue corregida y aprobada mediante juicio de expertos y la confiabilidad se calculó mediante la aplicación en distintos momentos a una pequeña muestra para evaluar los resultados.

El método estadístico que se utilizó para probar las hipótesis planteadas fue el estadístico Chi- cuadrado por ser una prueba que permite medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron en la hoja de recolección, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi Cuadrado se calculó a través de la formula siguiente:

$$X^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c (Chi Cuadrado calculado) fue mayor que el X^2_t (Chi Cuadrado teórico) se aceptó la hipótesis alterna y se rechazó la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fue mayor que X^2_c se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna.

Esta prueba se utilizó incluso con datos medibles en una escala nominal. La hipótesis nula de la prueba Chi-cuadrado postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra.

Para ejemplarizar el uso de la prueba X^2 cuadrado en el análisis de los datos se toma las variables categóricas Resultados patológicos y la conducta de las usuárias.

Datos. Los datos corresponden a las mediciones de los resultados patológicos y la conducta en la muestra de estudio.

Hipótesis. H_0 : Los resultados patológicos y la conducta son independientes; H_a : Los resultados patológicos y la conducta están asociadas.

Prueba estadística.

$$X^2 = \sum_{i=1}^k \left[\frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \right]$$

Distribución de la prueba estadística. Cuando H_0 es verdadera, X^2 sigue una distribución aproximadamente X^2 con 1 grado de libertad.

Regla de decisión. Se rechaza H_0 si el valor calculado de X^2 es mayor o igual que 5.991.

Cálculo de la estadística de prueba.

			Conducta		Total	
			NBNM	BC		
RP	LIEBG	Fo	5	11	16	
		Fe	4,9	11,1	16,0	
	LIEAG	Fo	1	9	10	
		Fe	3,0	7,0	10,0	
	ASCUS	Fo	9	15	24	
		Fe	7,3	16,7	24,0	
	AGUS	Fo	2	4	6	
		Fe	1,8	4,2	6,0	
Total			Fo	17	39	56
			Fe	17,0	39,0	56,0

En la tabla se muestran las frecuencias observadas y las esperadas. Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 2,571.

Decisión estadística. No se rechaza H_0 porque $2,571 < 3,841$.



Conclusión. Se concluye que no se rechaza la H_0 , en consecuencia, no hay relación o asociación entre los resultados patológicos de las usuarias y la conducta de las usuarias.

4.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

En la presente investigación se respetaron los criterios de ética profesional y el respeto a la privacidad de datos que se muestran en la declaración de consentimiento informado (Anexo 03).

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra de estudio.

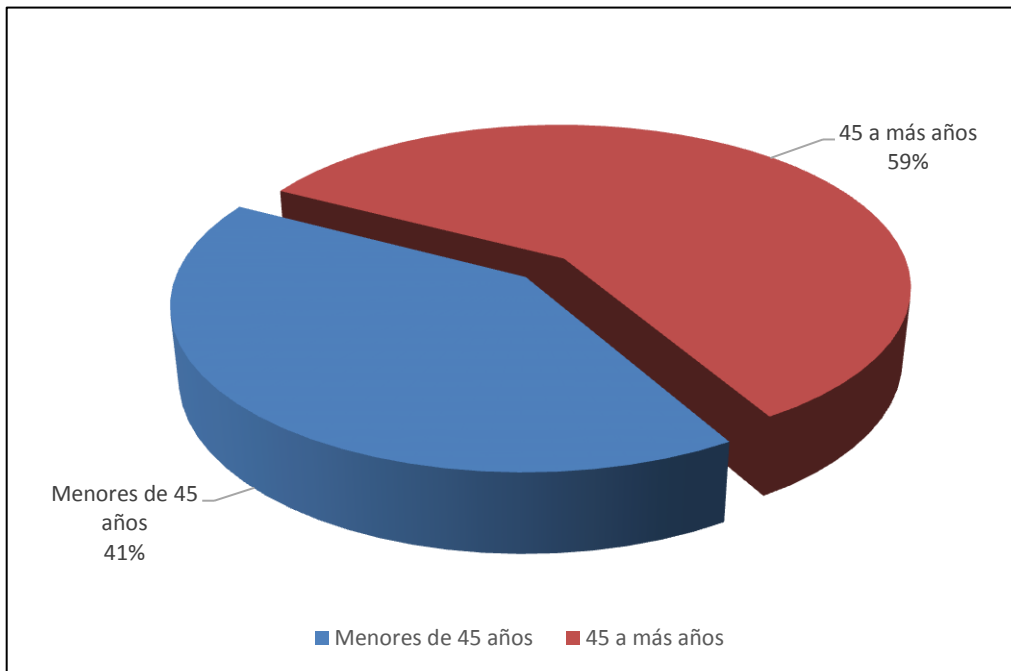
Cuadro 01. Distribución de la muestra según grupo de edades.

		Frecuencia	Porcentaje
Edades	Menores de 45 años	23	41,1
	45 a más años	33	58,9
	Total	56	100,0

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Las pacientes de 45 a más años presentaron mayor porcentaje de participación en la muestra de estudio (58,9%).

Gráfico 01. Distribución de la muestra según edades.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

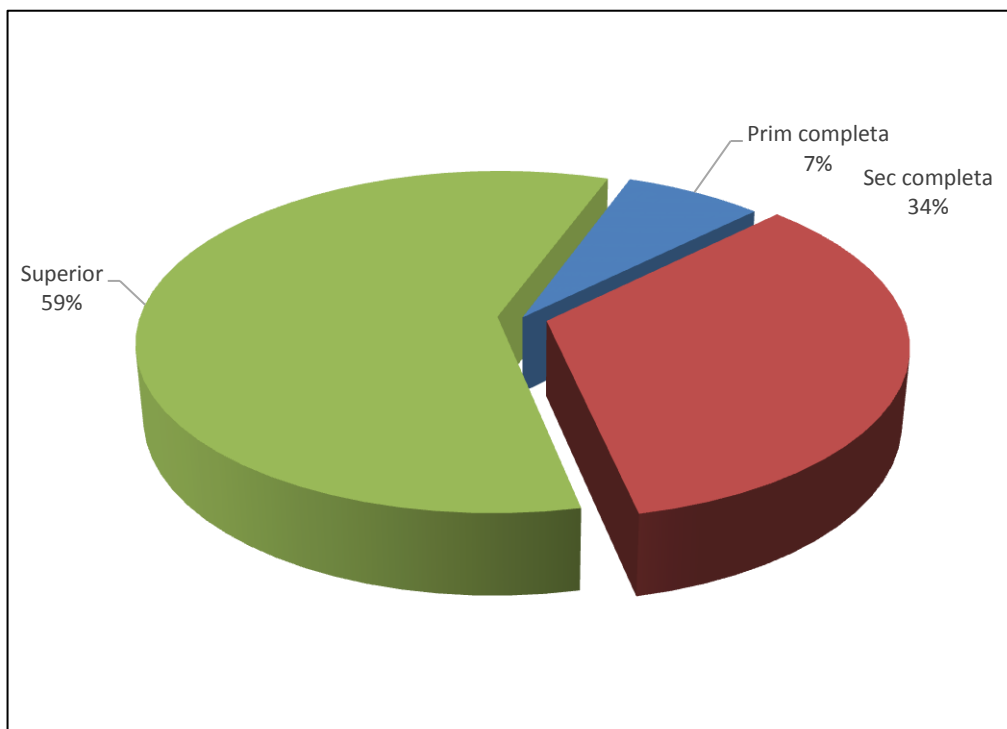
Cuadro 02. Distribución de la muestra según nivel de instrucción.

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de instrucción	Prim completa	4	7,1
	Sec completa	19	33,9
	Superior	33	58,9
	Total	56	100,0

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Las pacientes con estudios superiores presentaron mayor porcentaje de participación en la muestra de estudio (58,9%).

Gráfico 02. Distribución de la muestra según nivel de instrucción.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

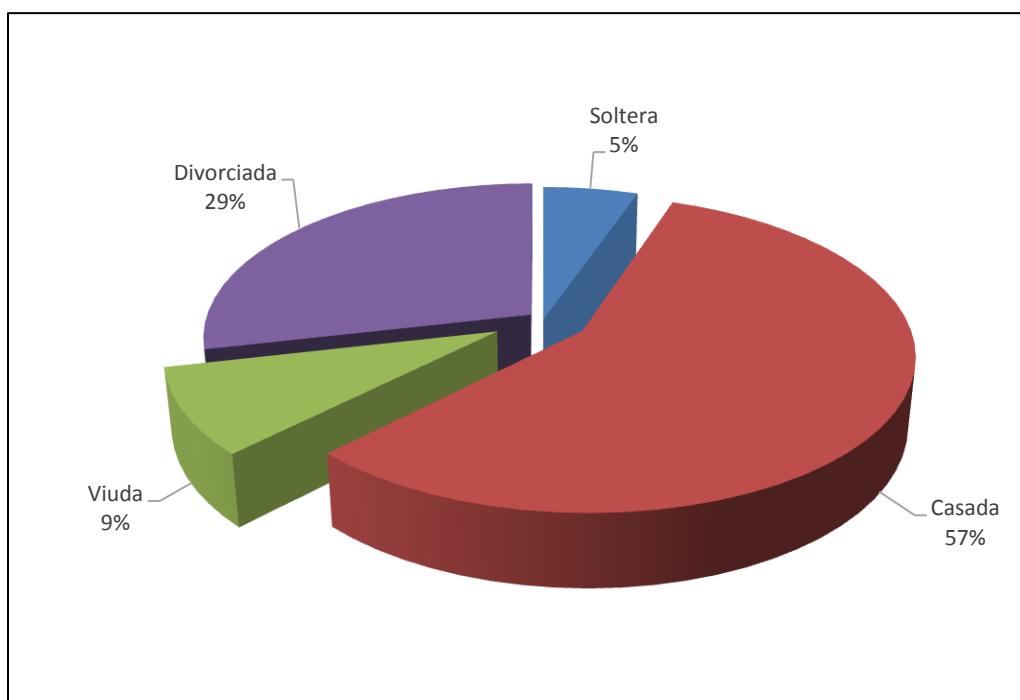
Cuadro 03. Distribución de la muestra según estado civil.

		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Soltera	3	5,4
	Casada	32	57,1
	Viuda	5	8,9
	Divorciada	16	28,6
	Total	56	100,0

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Las pacientes casadas presentaron mayor porcentaje de participación en la muestra de estudio (57,1%), mientras que las solteras son las que menos han participado en el estudio.

Gráfico 03. Distribución de la muestra según estado civil.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

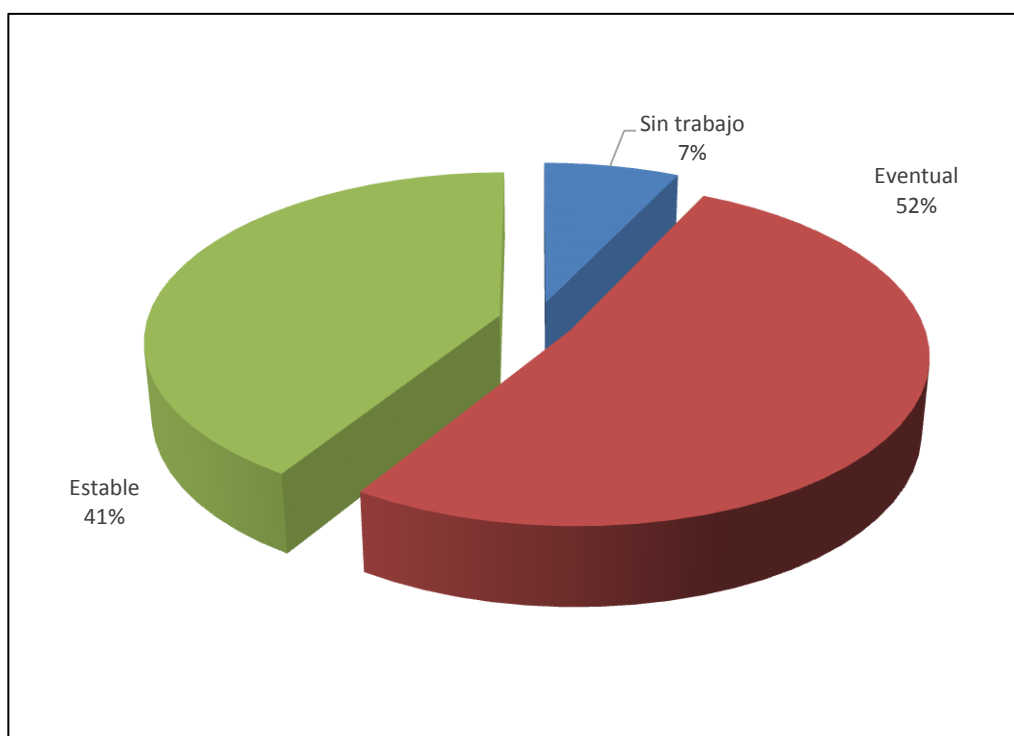
Cuadro 04. Distribución de la muestra según condición laboral.

		Frecuencia	Porcentaje
Condición laboral	Sin trabajo	4	7,1
	Eventual	29	51,8
	Estable	23	41,1
	Total	56	100,0

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Las pacientes con trabajo eventual presentaron mayor porcentaje de participación en la muestra de estudio (51,8%), mientras que las pacientes sin trabajo son las que menos han participado en el estudio (7,1%).

Gráfico 04. Distribución de la muestra según condición laboral.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

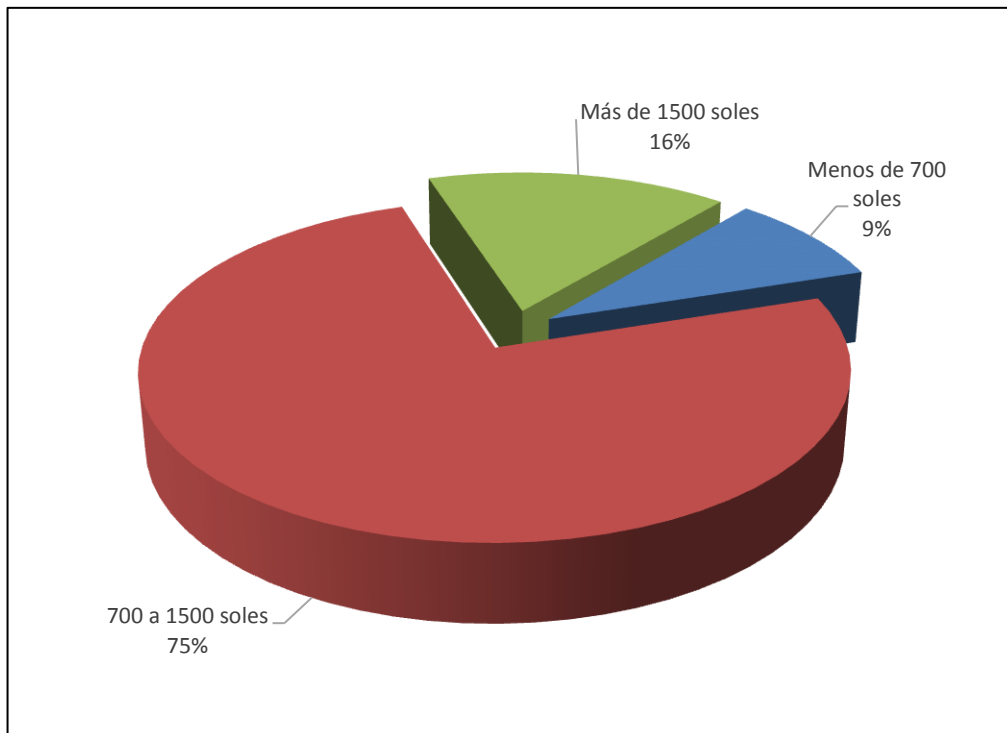
Cuadro 05. Distribución de la muestra según ingresos económicos.

		Frecuencia	Porcentaje
Ingresos económicos	Menos de 700 soles	5	8,9
	700 a 1500 soles	42	75,0
	Más de 1500 soles	9	16,1
	Total	56	100,0

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Las pacientes con ingresos de 700 a 1500 soles presentaron mayor porcentaje de participación en la muestra de estudio (75%), mientras que las pacientes con ingresos menores de 700 soles son las que menos han participado en el estudio (8,9%).

Gráfico 05. Distribución de la muestra según ingresos económicos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

5.2. Los resultados patológicos y las variables socio-demográficas relacionadas con el nivel de conocimientos.

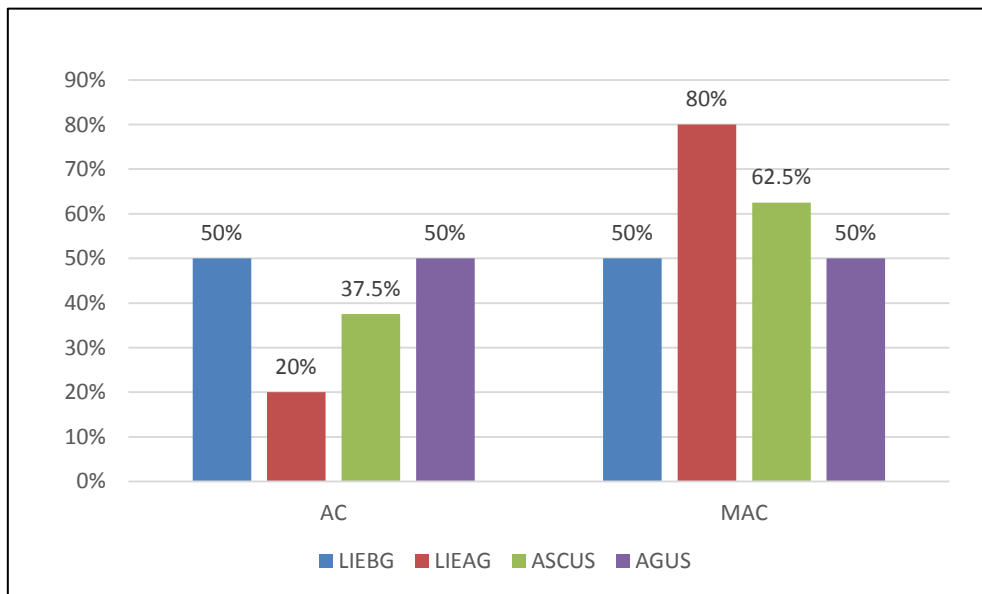
Cuadro 06. Los resultados patológicos y su relación con el nivel de conocimientos.

			Conocimientos		Total
			AC	MAC	
RP	LIEBG	f	8	8	16
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	LIEAG	f	2	8	10
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	ASCUS	f	9	15	24
		%	37,5%	62,5%	100,0%
	AGUS	f	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Total	f	22	34	56	
	%	39,3%	60,7%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,449 (Chi cuadrado de Pearson)
 AC: Alto conocimiento; MAC: Muy alto conocimiento

Las pacientes con LIEBG y AGUS presentaron mayor proporción de altos conocimientos (50%), mientras que las pacientes con LIEAG presentan mayor proporción de MAC (80%).

Gráfico 06. Resultados patológicos y el nivel de conocimientos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Cálculo de la estadística de prueba. (Tabla del programa SPSS 23)

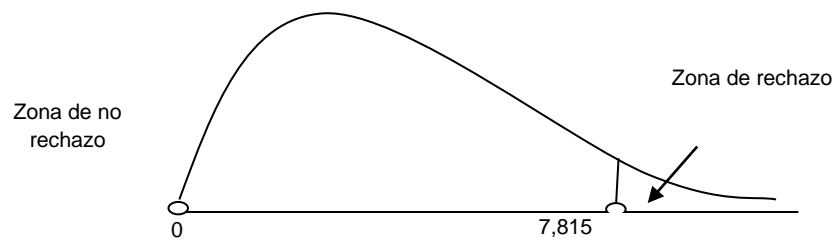
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,650 ^a	3	,449
Razón de verosimilitud	2,779	3	,427
Asociación lineal por lineal	,053	1	,818
N de casos válidos	56		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,36.

Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 2,650.

Decisión estadística. No se rechaza H_0 porque $2,650 < 7,815$.



Conclusión. Se concluye que no se rechaza la H_0 , en consecuencia, no hay relación o asociación entre los resultados patológicos de las usuarias y el nivel de conocimientos de las usuarias.

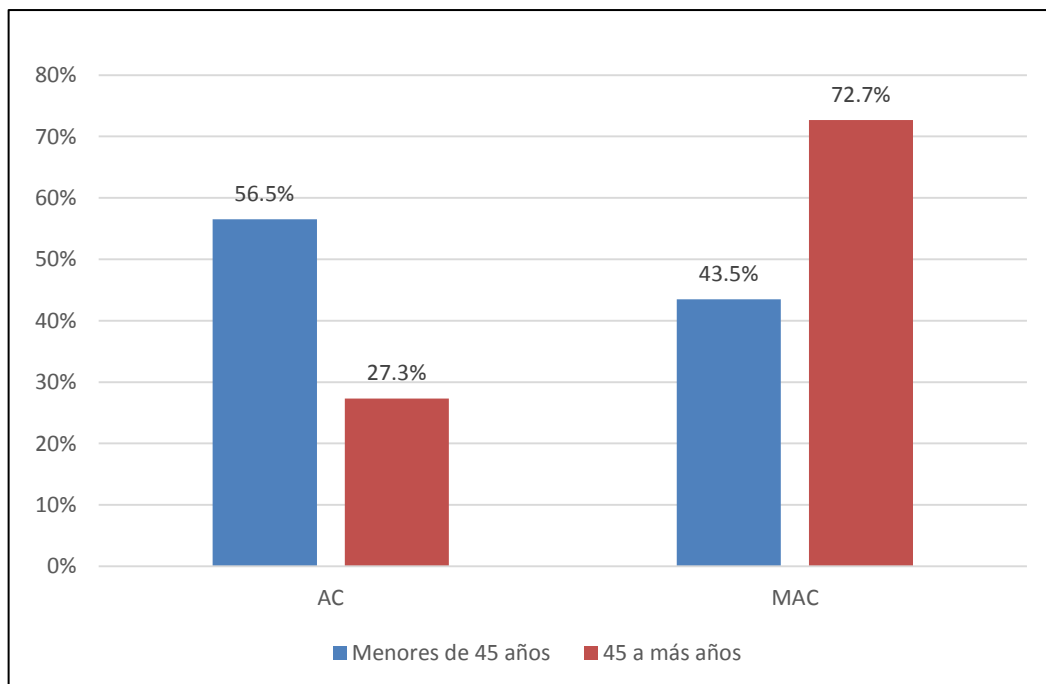
Cuadro 07. La edad y su relación con el nivel de conocimientos.

			Conocimientos		Total
			AC	MAC	
Edades	Menores de 45 años	f	13	10	23
		%	56,5%	43,5%	100,0%
	45 a más años	f	9	24	33
		%	27,3%	72,7%	100,0%
Total		f	22	34	56
		%	39,3%	60,7%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,027 (Chi cuadrado de Pearson)
AC: Alto conocimiento; MAC: Muy alto conocimiento

Las pacientes menores de 45 años presentaron mayor proporción de altos conocimientos (56,5%), mientras que las pacientes de 45 a más años presentaron mayor proporción de MAC (72,7%). La diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfico 07. La edad y el nivel de conocimientos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

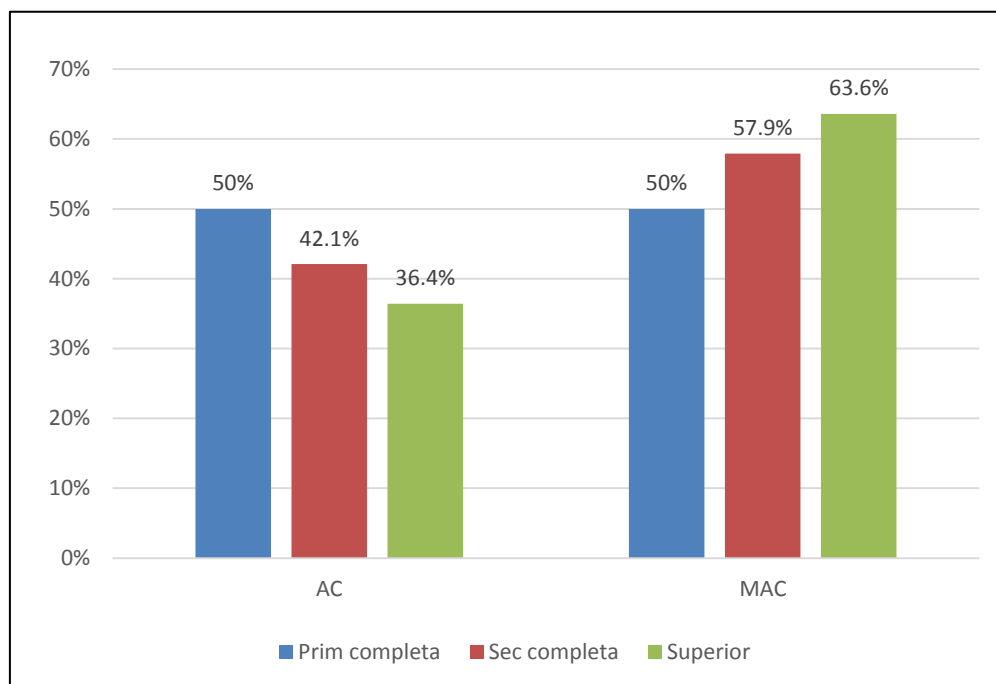
Cuadro 08. El grado de instrucción y su relación con el nivel de conocimientos.

			Conocimientos		Total
			AC	MAC	
Grado de instrucción	Prim completa	f	2	2	4
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Sec completa	f	8	11	19
		%	42,1%	57,9%	100,0%
	Superior	f	12	21	33
		%	36,4%	63,6%	100,0%
Total	f	22	34	56	
	%	39,3%	60,7%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,829 (Chi cuadrado de Pearson)
AC: Alto conocimiento; MAC: Muy alto conocimiento

Las pacientes con estudios superiores presentaron mayor proporción de muy altos conocimientos (63,6%), mientras que las que tienen primaria completa presentaron mayor proporción de alto conocimiento (50%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 08. El grado de instrucción y el nivel de conocimientos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Cuadro 09. El estado civil y su relación con el nivel de conocimientos.

			Conocimientos		Total
			AC	MAC	

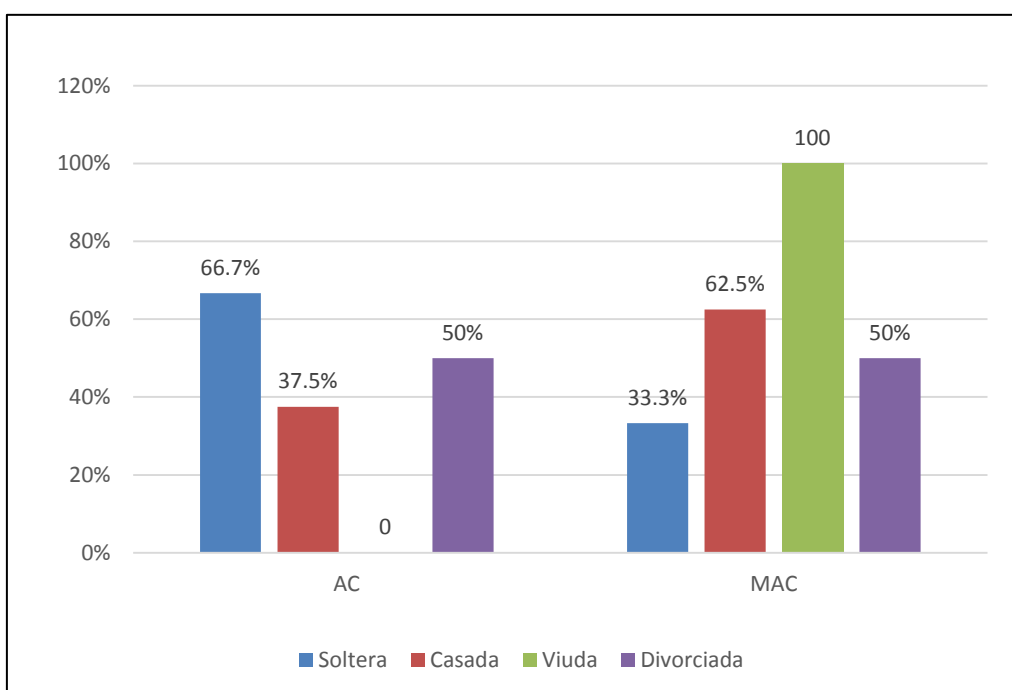
Estado civil	Soltera	f	2	1	3
		%	66,7%	33,3%	100,0%
	Casada	f	12	20	32
		%	37,5%	62,5%	100,0%
Viuda	f	0	5	5	
	%	0,0%	100,0%	100,0%	
Divorciada	f	8	8	16	
	%	50,0%	50,0%	100,0%	
Total	f	22	34	56	
	%	39,3%	60,7%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,172 (Chi cuadrado de Pearson)
AC: Alto conocimiento; MAC: Muy alto conocimiento

Las pacientes solteras presentaron mayor proporción de AC (66,7%), mientras que las viudas presentaron mayor proporción de MAC (100%).

La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 09. El estado civil y el nivel de conocimientos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

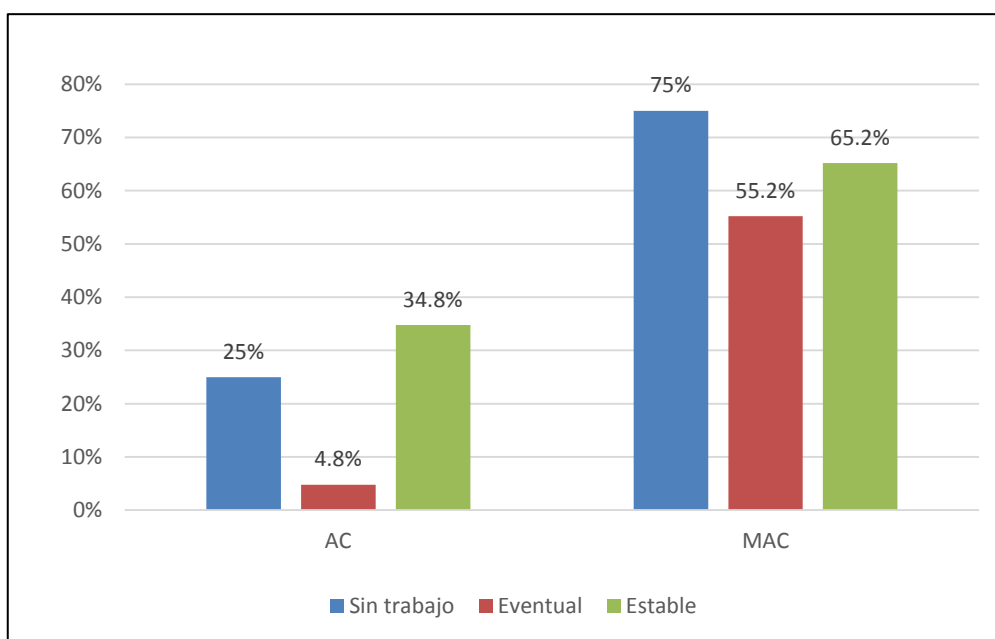
Cuadro 10. La condición laboral y su relación con el nivel de conocimientos.

			Conocimientos		Total
			AC	MAC	
Condición laboral	Sin trabajo	f	1	3	4
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Eventual	f	13	16	29
		%	44,8%	55,2%	100,0%
	Estable	f	8	15	23
		%	34,8%	65,2%	100,0%
Total		f	22	34	56
		%	39,3%	60,7%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,634 (Chi cuadrado de Pearson)
AC: Alto conocimiento; MAC: Muy alto conocimiento

Las pacientes sin trabajo presentaron mayor proporción de MAC (75%), mientras que las pacientes con trabajo eventual presentaron mayor proporción de AC (44,8%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 10. La condición laboral y el nivel de conocimientos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Cuadro 11. Los ingresos económicos y su relación con el nivel de conocimientos.

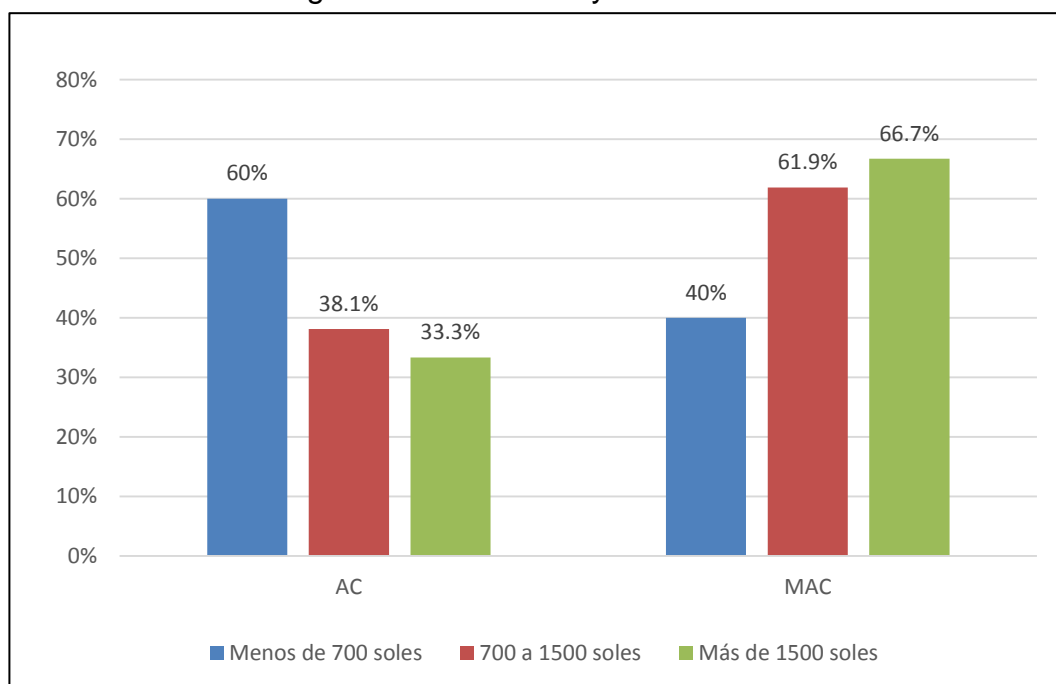
			Conocimientos	Total
--	--	--	---------------	-------

			AC	MAC	
Ingresos económicos	Menos de 700 soles	f	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	700 a 1500 soles	f	16	26	42
		%	38,1%	61,9%	100,0%
	Más de 1500 soles	f	3	6	9
		%	33,3%	66,7%	100,0%
Total	f	22	34	56	
	%	39,3%	60,7%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,589 (Chi cuadrado de Pearson)
AC: Alto conocimiento; MAC: Muy alto conocimiento

Las pacientes que perciben menos de 700 soles presentaron mayor proporción de AC (60%), mientras que las pacientes que perciben más de 1500 soles presentaron mayor proporción de MAC. La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 11. Los ingresos económicos y el nivel de conocimientos.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

5.3. Los resultados patológicos y las variables socio-demográficas relacionadas con el estado emocional en la muestra de estudio.

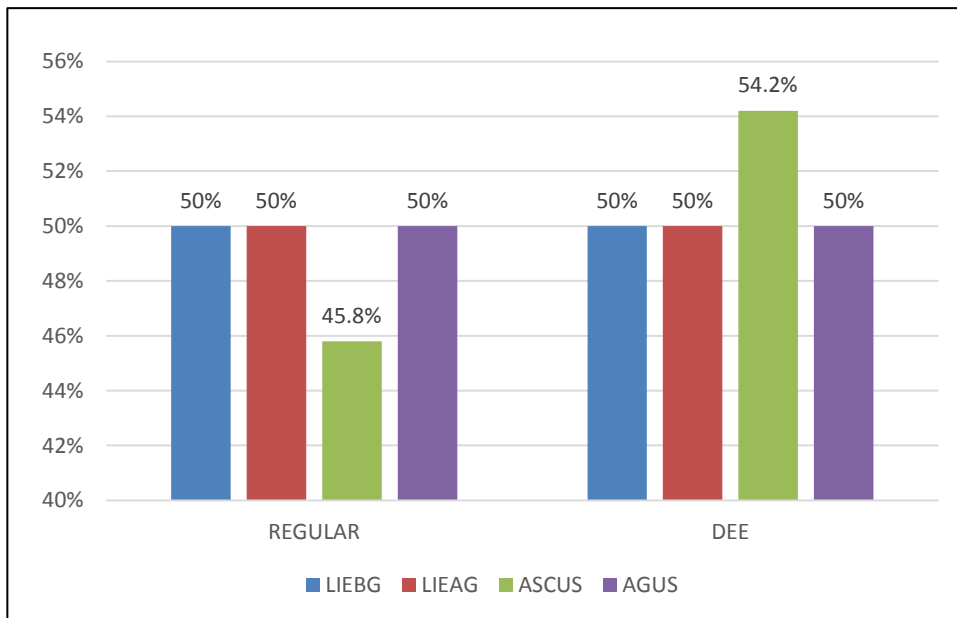
Cuadro 12. Los resultados patológicos y su relación con el estado emocional en la muestra de estudio.

			Estado emocional		Total
			REGULAR	DEE	
RP	LIEBG	f	8	8	16
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	LIEAG	f	5	5	10
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	ASCUS	f	11	13	24
		%	45,8%	54,2%	100,0%
	AGUS	f	3	3	6
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Total	f	27	29	56	
	%	48,2%	51,8%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,992 (Chi cuadrado de Pearson)
 RP: Resultado patológico; DEE: Deficiente estado emocional

Las pacientes con ASCUS presentaron mayor proporción de DEE (54,2%), La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 12. Los resultados patológicos y el estado emocional.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Cálculo de la estadística de prueba. (Tabla del programa SPSS 23)

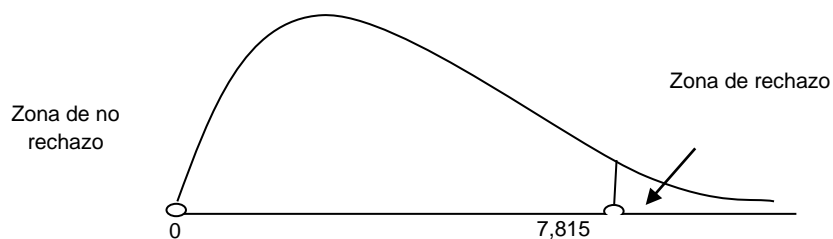
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,095 ^a	3	,992
Razón de verosimilitud	,095	3	,992
Asociación lineal por lineal	,029	1	,866
N de casos válidos	56		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,89.

Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 0,095.

Decisión estadística. No se rechaza H_0 porque $0,095 < 7,815$.



Conclusión. Se concluye que no se rechaza la H_0 , en consecuencia, no hay relación o asociación entre los resultados patológicos de las usuarias y el estado emocional de las usuarias.

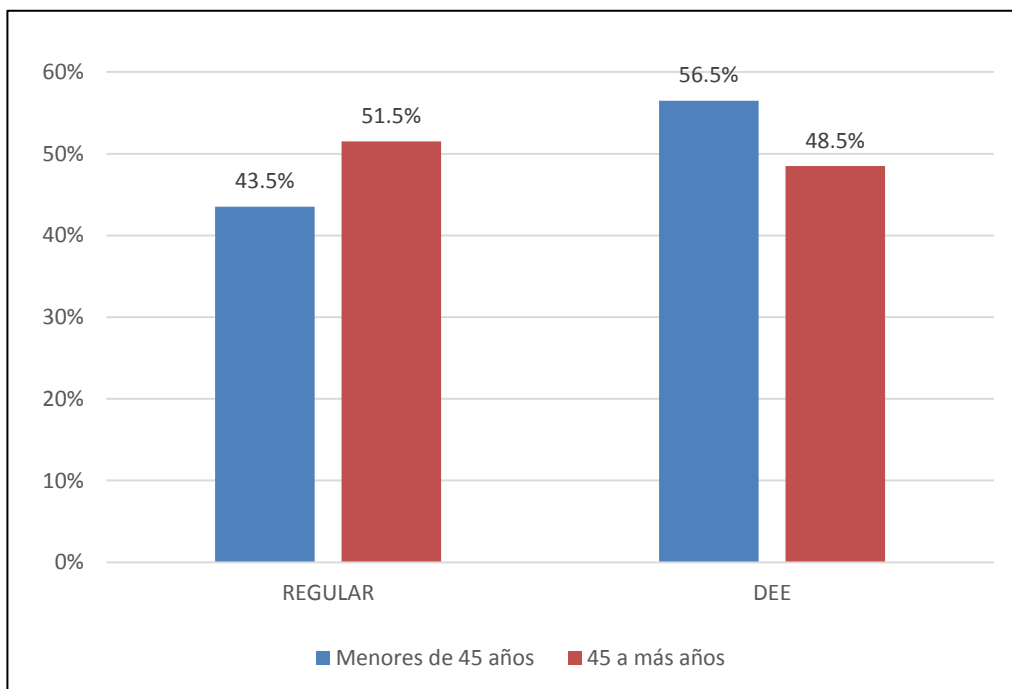
Cuadro 13. La edad y su relación con el estado emocional en la muestra de estudio.

			Estado emocional		Total
			REGULAR	DEE	
Edades	Menores de 45 años	f	10	13	23
		%	43,5%	56,5%	100,0%
	45 a más años	f	17	16	33
		%	51,5%	48,5%	100,0%
Total	f		27	29	56
	%		48,2%	51,8%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,554 (Chi cuadrado de Pearson)
DEE: Deficiente estado emocional

Las pacientes menores de 45 años presentaron mayor proporción de DEE (56,5%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 13. La edad y el estado emocional en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

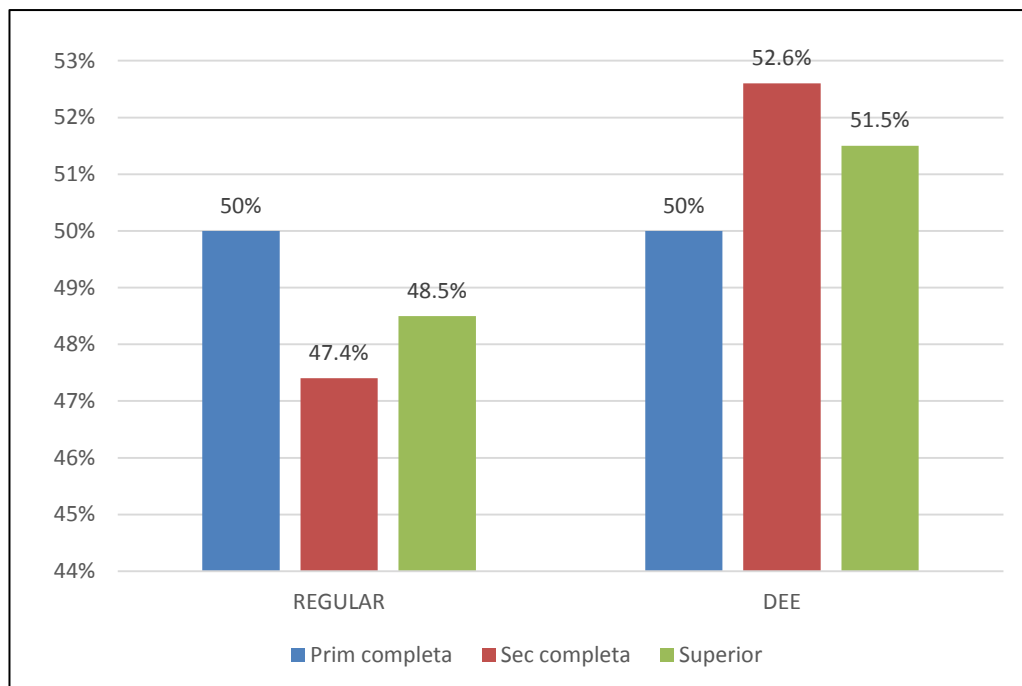
Cuadro 14. El grado de instrucción y su relación con el estado emocional en la muestra de estudio.

		Estado emocional		Total	
		REGULAR	DEE		
Grado de instrucción	Prim completa	f	2	2	4
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Sec completa	f	9	10	19
		%	47,4%	52,6%	100,0%
	Superior	f	16	17	33
		%	48,5%	51,5%	100,0%
Total		f	27	29	56
		%	48,2%	51,8%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,994 (Chi cuadrado de Pearson)
DEE: Deficiente estado emocional

Las pacientes con secundaria completa presentaron mayor proporción de DEE (52,6%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 14. El grado de instrucción y el estado emocional.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

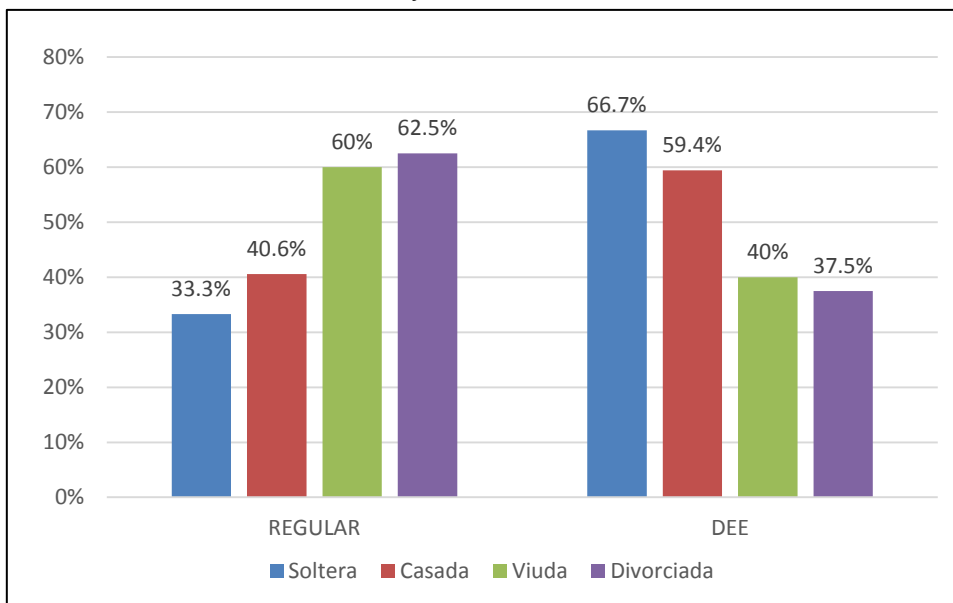
Cuadro 15. El estado civil y su relación con el estado emocional en la muestra de estudio.

		Estado emocional		Total	
		REGULAR	DEE		
Estado civil	Soltera	f	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Casada	f	13	19	32
		%	40,6%	59,4%	100,0%
	Viuda	f	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	Divorciada	f	10	6	16
		%	62,5%	37,5%	100,0%
Total	f	27	29	56	
	%	48,2%	51,8%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,459 (Chi cuadrado de Pearson)
DEE: Deficiente estado emocional

Las pacientes solteras presentaron mayor proporción de DEE (66,7%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 15. El estado civil y el estado emocional.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

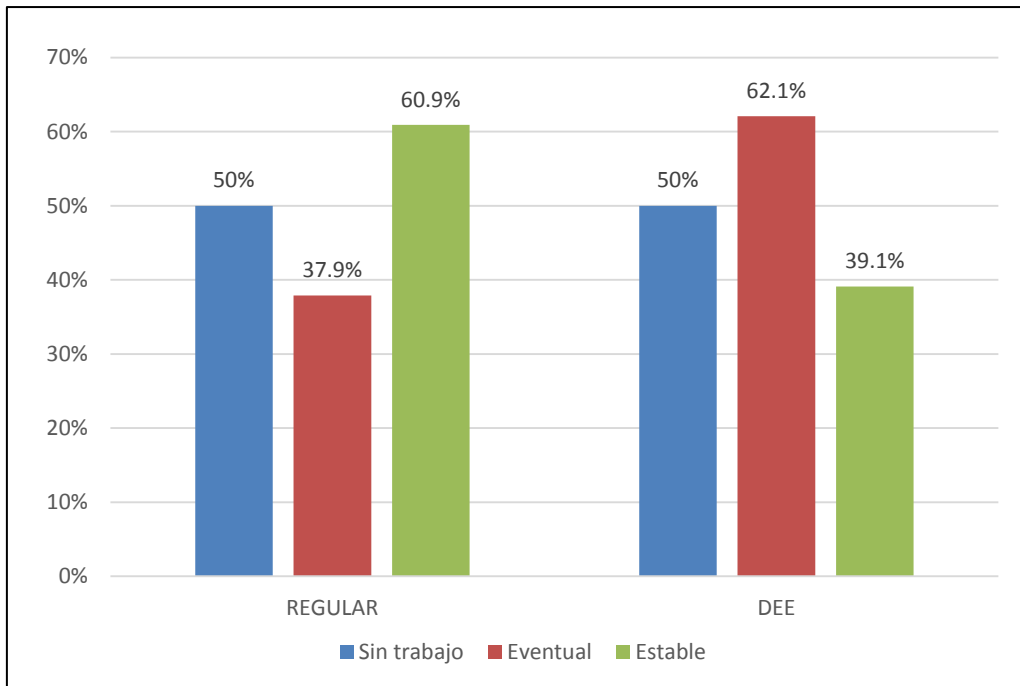
Cuadro 16. La condición laboral y su relación con el estado emocional en la muestra de estudio.

		Estado emocional		Total	
		REGULAR	DEE		
Condición laboral	Sin trabajo	f	2	2	4
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Eventual	f	11	18	29
		%	37,9%	62,1%	100,0%
	Estable	f	14	9	23
		%	60,9%	39,1%	100,0%
Total		f	27	29	56
		%	48,2%	51,8%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,258 (Chi cuadrado de Pearson)
DEE: Deficiente estado emocional

Las pacientes con trabajo eventual presentaron mayor proporción de DEE (62,1%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 16. La condición laboral y el estado emocional en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

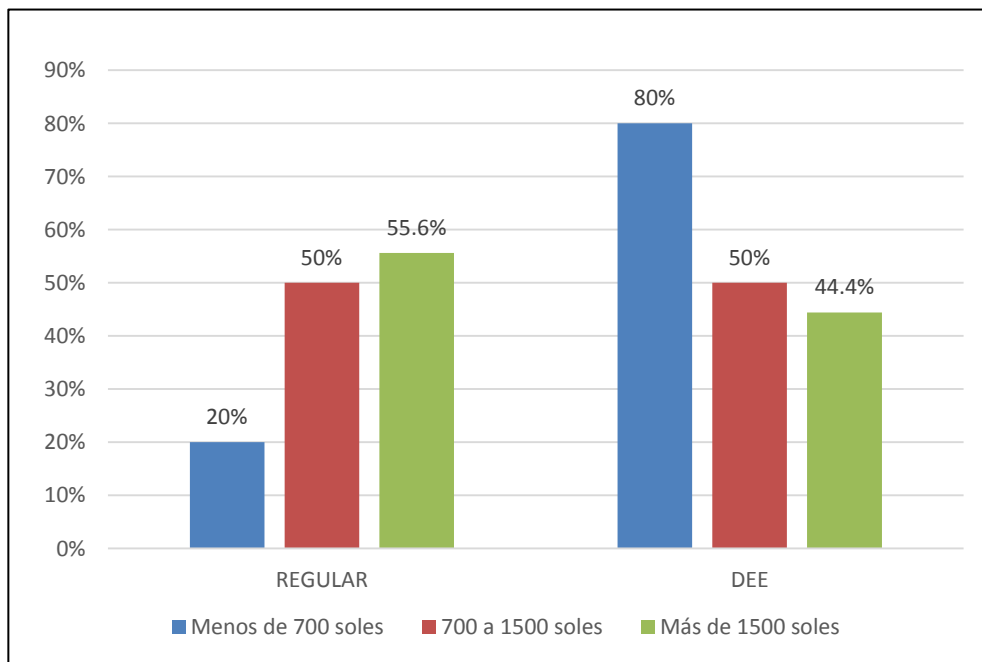
Cuadro 17. Los ingresos económicos y su relación con el estado emocional en la muestra de estudio.

			Estado emocional		Total
			REGULAR	DEE	
Ingresos económicos	Menos de 700 soles	f	1	4	5
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	700 a 1500 soles	f	21	21	42
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Más de 1500 soles	f	5	4	9
		%	55,6%	44,4%	100,0%
Total		f	27	29	56
		%	48,2%	51,8%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,398 (Chi cuadrado de Pearson)
DEE: Deficiente estado emocional

Las pacientes que perciben menos de 700 soles presentaron mayor proporción de DEE (80%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 17. Los ingresos económicos y el estado emocional.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

5.4. Los resultados patológicos y las variables socio-demográficas relacionadas con la conducta en la muestra de estudio.

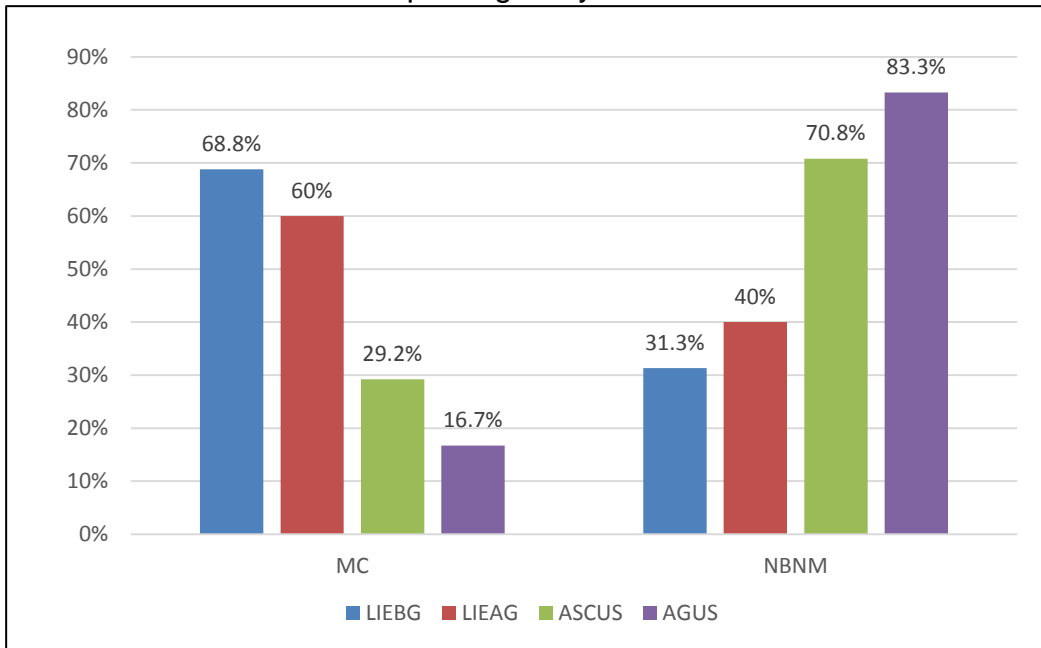
Cuadro 18. Los resultados patológicos y su relación con la conducta en la muestra de estudio.

			Conducta		Total
			MC	NBNM	
RP	LIEBG	f	11	5	16
		%	68,8%	31,3%	100,0%
	LIEAG	f	6	4	10
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	ASCUS	f	7	17	24
		%	29,2%	70,8%	100,0%
	AGUS	f	1	5	6
		%	16,7%	83,3%	100,0%
Total	f	25	31	56	
	%	44,6%	55,4%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,030 (Chi cuadrado de Pearson)
 RP: Resultado patológico; MC: Mala conducta; NBNM: Ni buena ni mala conducta

Las pacientes con LIEBG presentaron mayor proporción de MC (68,8%), asimismo, las pacientes con LIEAG presentaron mayor proporción de MC (60%). La diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfico 18. Los resultados patológicos y la conducta en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

Cálculo de la estadística de prueba. (Tabla del programa SPSS 23)

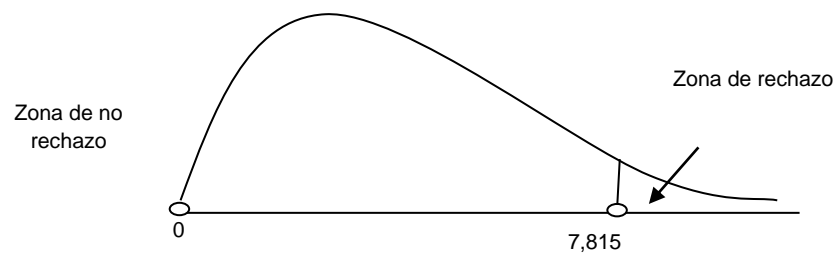
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,943 ^a	3	,030
Razón de verosimilitud	9,272	3	,026
Asociación lineal por lineal	8,348	1	,004
N de casos válidos	56		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,68.

Al aplicar la fórmula, el valor del Chi cuadrado calculado es 8,943.

Decisión estadística. Se rechaza H_0 porque $8,943 > 7,815$.



Conclusión. Se concluye que se rechaza la H_0 , en consecuencia, hay relación o asociación entre los resultados patológicos de las usuarias y la conducta de las usuarias.

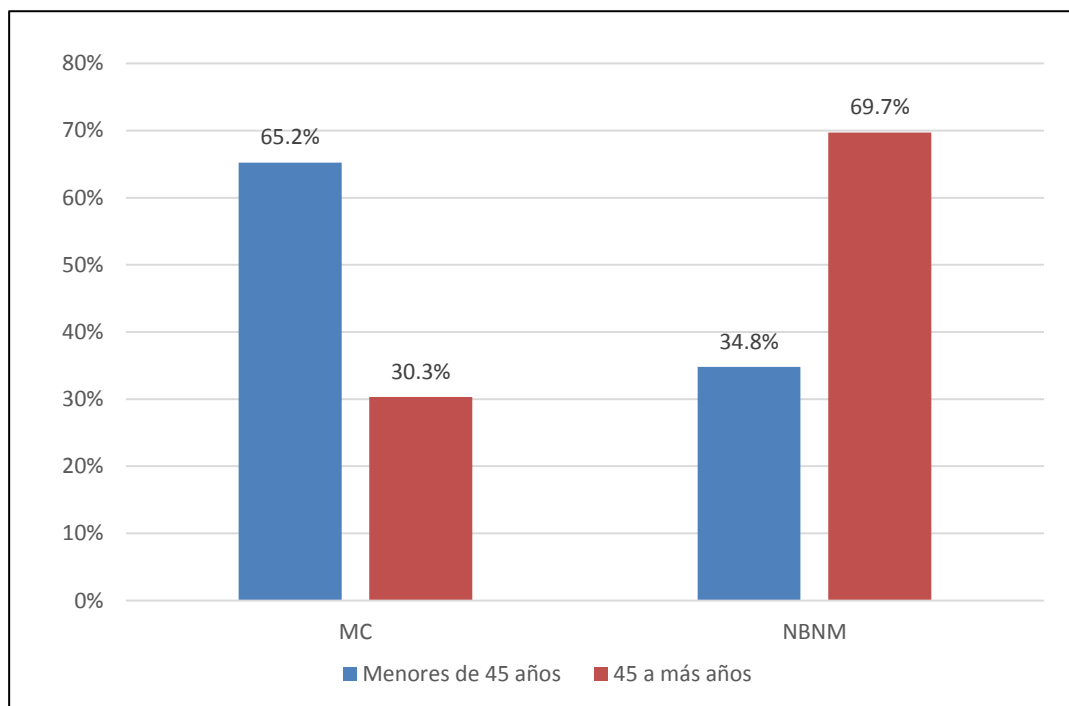
Cuadro 19. La edad y su relación con la conducta en la muestra de estudio.

			Conducta		Total
			MC	NBNM	
Edades	Menores de 45 años	f	15	8	23
		%	65,2%	34,8%	100,0%
	45 a más años	f	10	23	33
		%	30,3%	69,7%	100,0%
Total		f	25	31	56
		%	44,6%	55,4%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,010 (Chi cuadrado de Pearson)
 MC: Mala conducta; NBNM: Ni buena ni mala conducta

Las pacientes menores de 45 años presentaron mayor proporción de MC (65,2%). La diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfico 19. La edad y la conducta en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

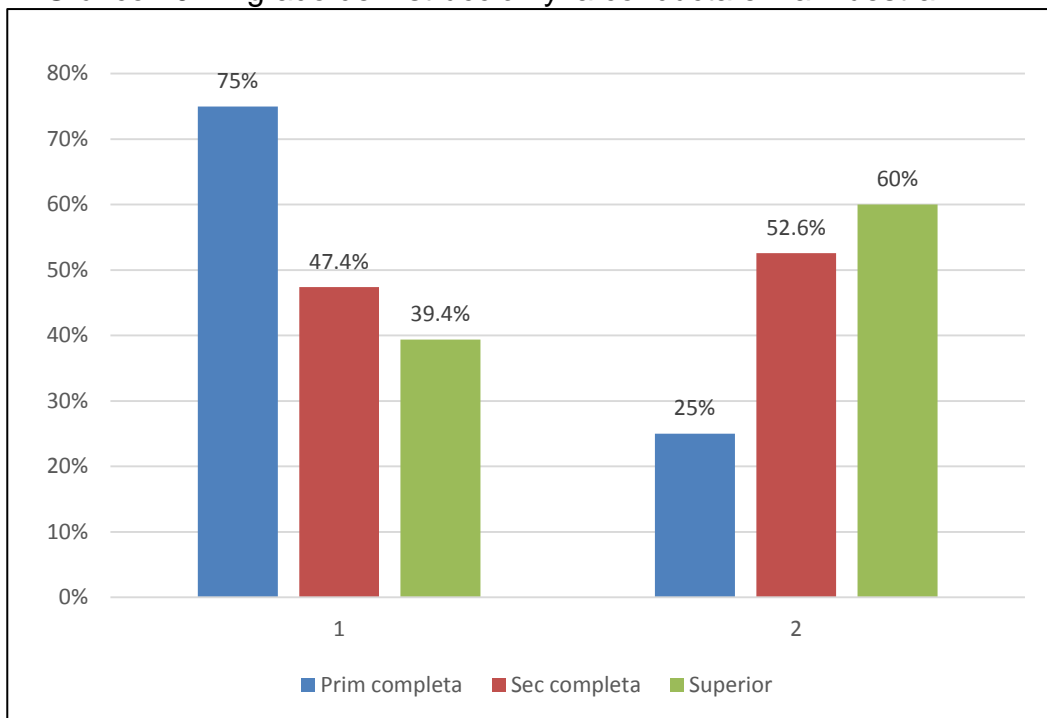
Cuadro 20. El grado de instrucción y su relación con la conducta en la muestra de estudio.

			Conducta		Total
			MC	NBNM	
Grado de instrucción	Prim completa	f	3	1	4
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Sec completa	f	9	10	19
		%	47,4%	52,6%	100,0%
	Superior	f	13	20	33
		%	39,4%	60,6%	100,0%
Total	f	25	31	56	
	%	44,6%	55,4%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,384 (Chi cuadrado de Pearson)
 MC: Mala conducta; NBNM: Ni buena ni mala conducta

Las pacientes con estudios superiores presentaron mayor proporción de MC (84,8%). La diferencia es estadísticamente significativa.

Gráfico 20. El grado de instrucción y la conducta en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

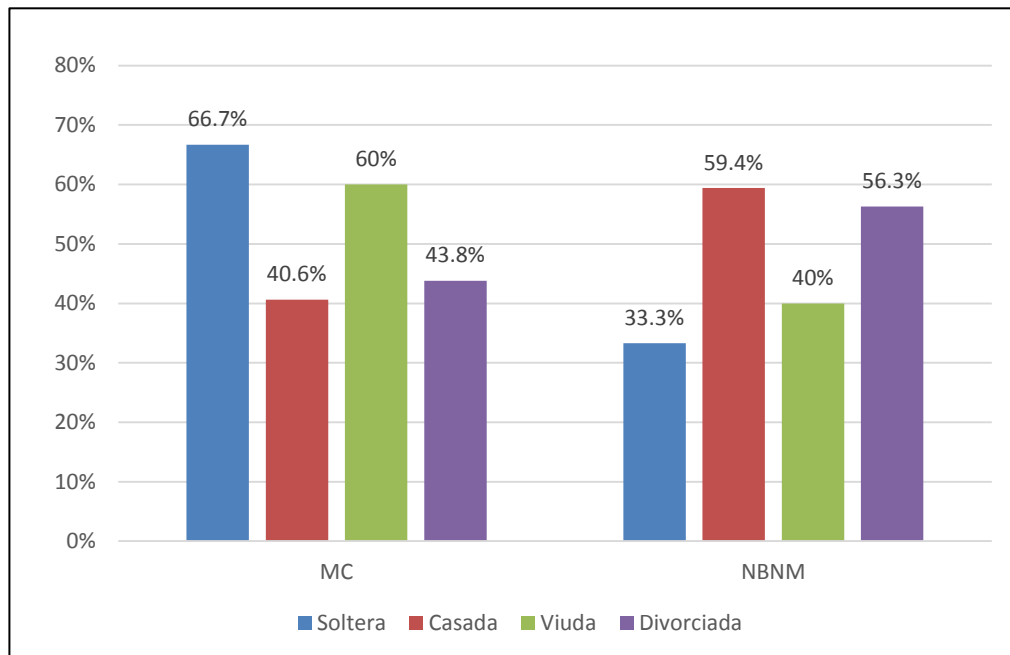
Cuadro 21. El estado civil y su relación con la conducta en la muestra de estudio.

			Conducta		Total
			BC	MBC	
Estado civil	Soltera	f	1	2	3
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Casada	f	8	24	32
		%	25,0%	75,0%	100,0%
	Viuda	f	1	4	5
		%	20,0%	80,0%	100,0%
	Divorciada	f	7	9	16
		%	43,8%	56,3%	100,0%
Total	f	17	39	56	
	%	30,4%	69,6%	100,0%	

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,560 (Chi cuadrado de Pearson)
 BC: Buena conducta; MBC: Muy buena conducta

Las pacientes viudas presentaron mayor proporción de MBC (80%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 21. El estado civil y la conducta en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

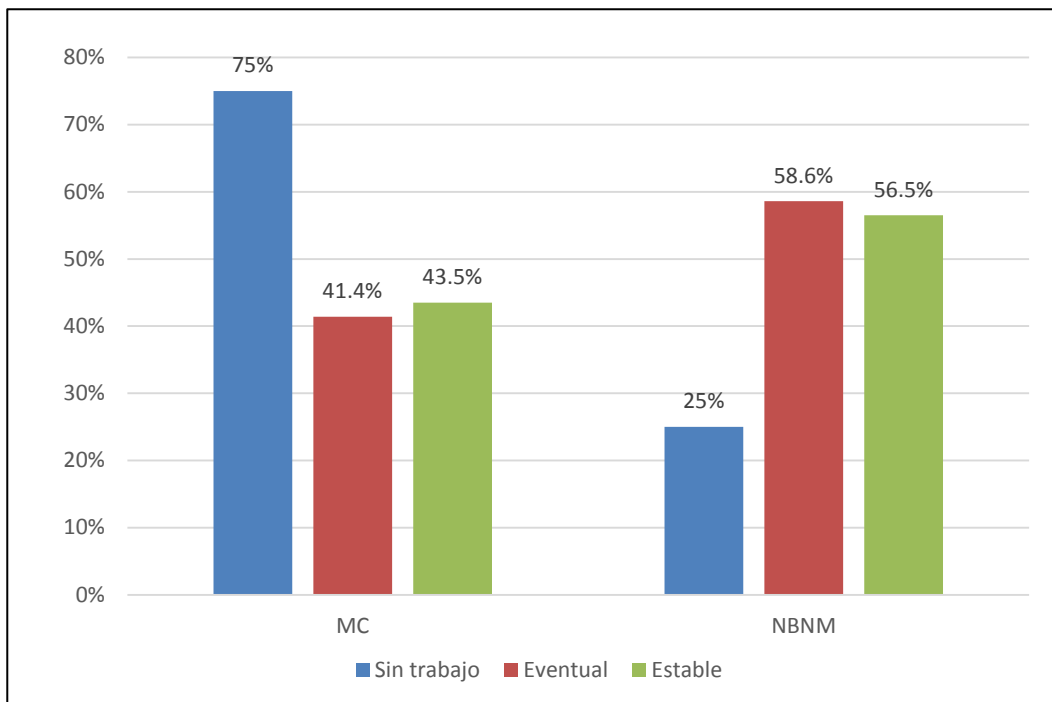
Cuadro 22. La condición laboral y su relación con la conducta en la muestra de estudio.

			Conducta		Total
			MC	NBNM	
Condición laboral	Sin trabajo	f	3	1	4
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Eventual	f	12	17	29
		%	41,4%	58,6%	100,0%
	Estable	f	10	13	23
		%	43,5%	56,5%	100,0%
Total		f	25	31	56
		%	44,6%	55,4%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,443 (Chi cuadrado de Pearson)
MC: Mala conducta; NBNM: Ni buena ni mala conducta

Las pacientes sin trabajo presentaron mayor proporción de MC (75%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 22. La condición laboral y la conducta en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

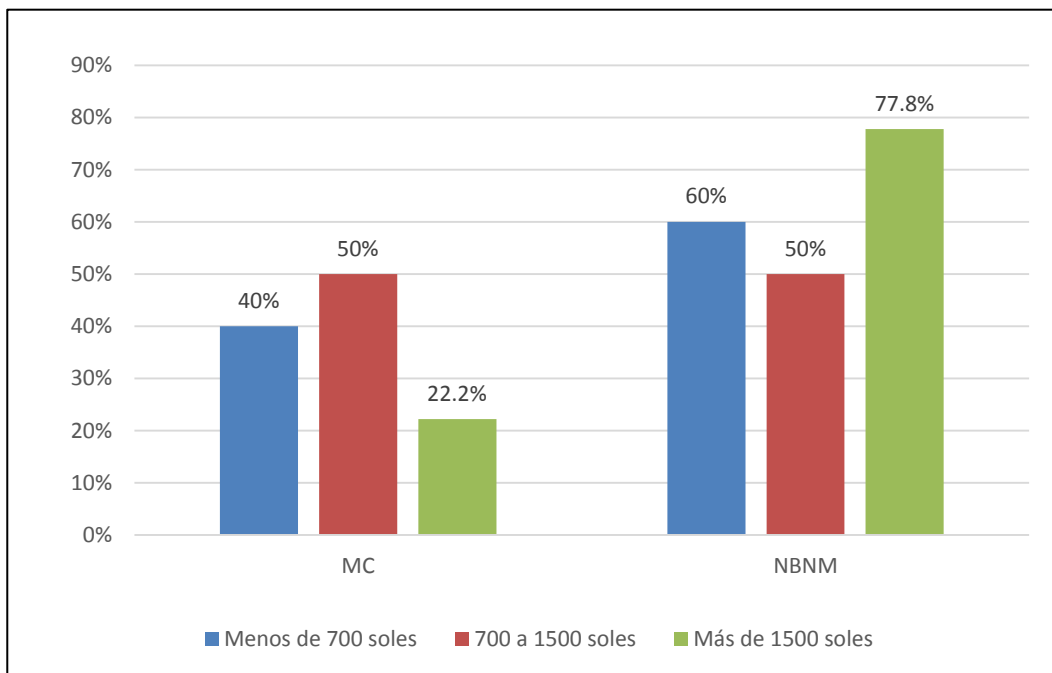
Cuadro 23. Los ingresos económicos y su relación con la conducta en la muestra de estudio.

			Conducta		Total
			MC	NBNM	
Ingresos económicos	Menos de 700 soles	f	2	3	5
		%	40,0%	60,0%	100,0%
	700 a 1500 soles	f	21	21	42
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Más de 1500 soles	f	2	7	9
		%	22,2%	77,8%	100,0%
Total		f	25	31	56
		%	44,6%	55,4%	100,0%

Fuente: Datos de la hoja de recolección de información. p: 0,307 (Chi cuadrado de Pearson)
 BC: Buena conducta; NBNM: Ni buena ni mala conducta.

Las pacientes que perciben de 700 a 1500 soles presentaron mayor proporción de MC (50%). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Gráfico 23. Los ingresos económicos y la conducta en la muestra.



Fuente: Datos de la hoja de recolección de información.

5.5 Resultados.

Esta investigación se llevó a cabo considerando a las pacientes que fueron atendidas durante el mes de julio a diciembre del año 2015, en el que se contabilizó un total de 65 pacientes evaluadas, de este total se conformó una muestra de carácter censal logrando la participación de 56 usuarias con resultado patológico que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo conformada mayormente por pacientes de 45 a más años equivalente a 59% de la tabla (1), con estudios superiores 59% de la tabla (2) , casadas 57% de la tabla (3), con trabajo eventual 52% de la tabla (4), con ingresos económicos de 700 a 1500 nuevos soles 75% de la tabla (5)

Respecto al nivel de conocimientos del cáncer de cuello uterino, las pacientes que presentaron LIEAG 80% tuvieron muy alto conocimiento, mientras que las que presentan LIEBG 50% y AGUS 50% presentaron alto conocimiento, de la tabla (6) , esta diferencia no es estadísticamente significativa según la prueba chi cuadrado de Pearson ($p= 0,449$). Las pacientes de 45 a más años presentaron más alto conocimiento que las pacientes menores de 45 años, de la tabla (7), esta diferencia de proporciones es estadísticamente significativa ($p= 0,027$). Las pacientes con estudios superiores presentaron muy alto conocimiento, mientras que las pacientes con primaria completa presentaron alto conocimiento, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,829$) de la tabla (8). Las pacientes viudas presentaron muy alto conocimiento, mientras que las solteras presentaron alto conocimiento respecto al cáncer de cuello uterino ($p= 0,172$) de la tabla (9). Las pacientes sin trabajo presentaron muy alto conocimiento, la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,634$) de la tabla (10). Las pacientes con ingresos económicos más

de 1500 soles presentaron muy alto conocimiento, mientras que las pacientes que refieren percibir menos de 700 soles presentaron alto conocimiento de la tabla (11).

En lo referente al estado emocional, las pacientes que presentaron ASCUS tuvieron mayor proporción de DEE que las demás de la tabla (12), sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,992$). Las pacientes menores de 45 años tuvieron mayores DEE que las demás pacientes ($p=0,554$) de la tabla (13). Las pacientes que refirieron tener secundaria completa presentan mayores malas actitudes, mientras que las pacientes con primaria completa presentan NFND estado emocional respecto al cáncer de cuello uterino ($p=0,994$) de la tabla (14).

Finalmente, las pacientes con LIEBG presentaron mala conducta en mayor proporción, mientras que las pacientes con AGUS son las que presentaron MC en menor proporción ($p=0,030$) de la tabla (18) , las pacientes menores de 45 años presentaron mayor proporción de MC que las demás pacientes ($p=0,010$) de la tabla (19) , las pacientes con primaria completa presentaron mayor proporción de MC, mientras que las pacientes con estudios superiores son las que presentaron mayor proporción de MC ($p=0,384$) de la tabla (20) .

5.6 Discusión de resultados:

Esta investigación tuvo como propósito determinar las actitudes de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou que inciden en la vida de las mismas.

En nuestro estudio hallamos que las usuarias presentaron LIEBG en un (50%) y AGUS (50%) de alto conocimiento sobre los resultados patológicos de Papanicolaou. Mientras Guillermo en su estudio de una muestra de 150 mujeres en edad fértil los resultados reportan que la mayoría de mujeres (70.7%) no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou. Así mismo las brechas del conocimiento se centran en el 66.7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra de PAP Y 66.0% desconocen la importancia de la prueba de Papanicolaou seguidos del 40.0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra (7). A diferencia de Delgado en su muestra de 375 mujeres mayores de 18 años concluye que el 40.5% presentan nivel de conocimiento alto (6). A lo mismo que Hernández, Yuri encontró que de las 111 mujeres en edad fértil sexualmente activas del AAHH el porcentaje de analfabetismo es bajo 0.90%. en el estudio se halló que solo el 50.45% tienen conocimientos altos sobre el examen de Papanicolaou mientras que el 25.23% y el 24.32% presentaron conocimientos bajos y regular respectivamente (9).

Hallamos una mayor proporción de un 54.2% presentaron estado emocional desfavorable en usuarias con ASCUS y un 45.8% presentaron un estado regular por lo tanto usuarias de LIEBG, LIEAG Y AGUS un 50 % respectivamente frente a los resultados patológicos de Papanicolaou, a lo que Martínez y Vázquez encontraron evidencia del 91.4% una actitud positiva y tan solo un 8.6% actitud

indiferente ante la toma de Papanicolaou (3). Así mismo Delgado con su muestra de 375 mujeres concluye que el 60.5 % presentan actitud desfavorable (6). Mientras que Guillermo en su población de 150 mujeres el 92.0% tiene una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou (7). A lo mismo que Hernández Yuri concluye que la actitud que tienen las mujeres en edad fértil sexualmente activas frente al examen de Papanicolaou observándose que el 54.05 % tienen una actitud favorable y el 24.2% actitud desfavorable y el 21.62 % indiferente (9).

Se evidencio en nuestro estudio que las usuarias con LIEBG presentaron mayor proporción de mala conducta en un 68.8% mientras que las pacientes con AGUS presentaron un 16.7 % de mala conducta en menor proporción frente a los resultados patológicos. En comparación con Delgado encontró que el 53.9% nivel de prácticas inadecuadas ante la toma de Papanicolaou (6). En lo que Guillermo al explorar las practicas solo el 16 % de mujeres se realizan el Papanicolaou y el 84.0% no tiene practicas adecuadas frente a la toma del Papanicolaou sin embargo llama la atención que muestran actitudes favorables pero no se reflejan en las practicas (7).

En nuestro estudio realizado rebela que las usuarias de Papanicolaou manejan un nivel de conocimiento alto y muy alto con respecto a los resultados patológicos de Papanicolaou; tienen actitudes desfavorables en mayor y regular proporción respectivamente mientras su conducta es regular y mala a pesar de que manejan buen conocimiento del tema.

CONCLUSIONES

1. Las pacientes con LIEAG presentaron mayor proporción de muy alto conocimiento (80%), mientras que las pacientes con LIEBG (50%) y AGUS (62,5%) presentaron alto conocimiento, sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación o relación entre estas variables.
2. Las pacientes con ASCUS presentaron mayor proporción de desfavorable estado emocional (54,2%), sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación o relación entre estas variables.
3. Las pacientes con LIEBG presentaron mayor proporción de mala conducta (68,8%), mientras que las pacientes con AGUS presentaron menor proporción de mala conducta (16,7%), la prueba chi cuadrado indica que hay asociación o relación entre estas variables.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda elaborar estrategias con planes educativos, que permitan fortalecer los conocimientos, las actitudes y las prácticas, realizando capacitaciones permanentes a las pacientes usuarias del servicio de Obstetricia del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de ESSALUD – Ica.
2. Se recomienda a las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y otras universidades efectuar capacitaciones permanentes para promover estrategias de afrontamiento para mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las usuarias, con participación de los docentes de cada institución, contribuyendo así con la comunidad de nuestra región.
3. Se recomienda a la escuela de obstetricia continuar con el desarrollo de los estudios que fortalezcan el apego al control periódico de la salud sexual y reproductiva que afectan la salud pública de nuestra población femenina, educando a los jóvenes iniciando desde los colegios, los institutos y universidades, postergando el inicio de las relaciones sexuales y prevención de las infecciones de transmisión sexual.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Solidoro A. Apuntes de Cancerología. Perú. Concytec – Dominus punto. 2005. Págs. 17-9.
2. Jaén, M. Ciudad de la Pintada. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada–Panamá en el año 2009. (Tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud pública con énfasis en administración y planificación de los servicios de salud). Panamá: Universidad de Panamá; 2010.
3. Martínez, M y Vázquez, S. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz, México en el año 2010. (Tesis Tesis para optar licenciatura en enfermería). México: Universidad Veracruzana; 2011.
4. Figueroa, N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla, Colombia en el año 2010. (Tesis para optar el título de Magister en salud Publica) Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

5. Araujo M. Actitud de las mujeres entre 15 -25 años al ser diagnosticadas de infección por el virus papiloma humano en la consulta de infecciones de transmisión sexual del ambulatorio “Rosa Maria de Lira”, Araguaita Municipio Guacara Estado Carabobo en el segundo semestre del 2006. (Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería). Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2007.
6. Delgado J. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolau en pacientes mujeres mayores de 18 años atendidas en consulta externa del Hospital Regional Docente Las Mercedes. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015.
7. Guillermo A, Solís A. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de Papanicolaou en mujeres del Hospital en Chacas. Revista INCRESCENDO. Ciencias de la Salud. Vol 01. N. 02, 2014, pp. 485 – 494.
8. Palma, J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra de San Juan de Miraflores en el año 2012. Lima; 2013.
9. Hernández, Yuri. Ica. 2011. “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del papanicolaou en mujeres del AAHH Tierra Prometida – Ica - 2013”.

10. Diestro M, Serrano M y Gómez F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente a virus del papiloma humano (VPH). *Oncología*, 0207; 30 (2): 42 – 59.
11. Ortiz R, Uribe C, Díaz L y Dangond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. Vol. 55. No. 02, 2004. (146 – 160).
12. Amaya J y Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: Como, desde y hasta cuándo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 56 No.1, 2005 (59-67).
13. Romero N. Reseña histórica de la citopatología y los orígenes del Papanicolaou. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Vol 62, No. 04, 2001. Págs. 342 – 6.
14. Lewis Michael. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe”. Organización Panamericana de la Salud. México. 2012.
15. Del valle, A. Inspección visual con ácido acético (IVAA) en la detección precoz del cáncer de cuello uterino - estudio comparativo. Trabajo de tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. República Argentina, 2009.

16. Tejeda Daniel, Serrano Victor, Gómez Paul, Nieto Federico. Madrid. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología (Barc.)* vol.30 N° 01,2010 (68-75).
17. Varela Senaida. Honduras. *Citología Cervical. Rev. Med Hondur.* 2010; 73:131.
18. Albuja P. Actualización de la terminología del Sistema Bethesda para informe de resultados de citología cervical. *Gincol Obstet (Perú)* 2002; 48: 132- 4.
19. Vivar N. Sistema Bethesda: Citología cervico-vaginal. *InfoNetLab. Boletín No.01.* Agosto, 2006.
20. Medina F, Sanchez J, Franco L, Borges A, Bermudez C, Garcia V. Cáncer de cuello uterino. *Concenso Nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. Rev Venez Oncol* 2011; 23 (2): 102 – 9.
21. Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C. y Sierra, B. Cambio de actitudes implícitas. *Psicothema*, 2002; 14, 771- 5.
22. Briñol, P., Horcajo, J., De la Corte, L., Valle, C., Gallardo, I., y Díaz, D. El efecto de la ambivalencia evaluativa sobre el cambio de actitudes. *Psicothema*, 2004. 16, 373-7.

23. Keats, J. A. Cuantificación de las actitudes. In J. A. Keats (Ed.), Introducción a la psicología cuántica (pp. 95---110). México: Limusa; 1974.
24. López, J. Las escalas de actitudes (2). In J. F. Morales (Ed.), Metodología y teoría de la psicología (pp. 237---281). Madrid: UNED; 1985.
25. Miguel, M. D. Formación de las actitudes y proceso de cambio. In G. Novel (Ed.), Enfermería psico-social II (pp. 31- 6). Barcelona: Salvat; 1991.
26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ta edición. México D.F. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2006.
27. Quezada N. Metodología de la investigación. Estadística aplicada en la investigación. Lima (Perú). Empresa Editora MACRO E.I.R.L.; 2010.
28. Velásquez A, Rey N. Metodología de la investigación científica. Lima (Perú). Editorial San Marcos; 1999.
29. Dieterich H. Nueva Guía para la investigación científica. Lima (Perú). Asociación Civil Universidad de Ciencias y Humanidades, Fondo Editorial; 2008.

30. Cochachi J, Negrón Y. Metodología de la investigación. Lima (Perú). Facultad de Pedagogía y Cultura Física. Departamento Académico de Ciencias de la Educación. Cantuta, Perú; 2007.
31. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid (España). Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2003.
32. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta Edición. México D.F. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2000.
33. Pineda B, Alvarado E. Metodología de la investigación. 2da edición. Washington D. C. Organización Panamericana de la Salud; 1994.
34. Mercado S. ¿Cómo hacer una tesis? Tesinas, Informes, Memorias, Seminarios de Investigación y Monografías. 3ra edición. México D. F. Editorial LIMUSA S. A. de C.V.; 2002.
35. Quintana V. Estudio Universitario y Elementos de Investigación Científica. Lima (Perú). Editorial Universitaria; 2002.

ANEXOS

8. Estado emocional:
 - Muy deficiente estado emocional (MDEE)
 - Deficiente estado emocional (DEE)
 - Ni bueno ni malo estado emocional (NBNM)
 - Eficiente estado emocional (EEE)
 - Muy eficiente estado emocional (MEEE)
- 9 . Conducta:
 - Muy mala conducta (MMC)
 - Mala conducta (MC)
 - Ni buena ni mala conducta (NBNM)
 - Buena conducta (BC)
 - Muy buena conducta (MBC)

PARTE II. Marque con una (X) la opción que exprese su disposición ante los enunciados que se presentan a continuación.

Resultado de PAP: -----

Items	TA	DA	I	ED	TD
1. Acepto el tratamiento para controlar mi enfermedad. (Cd)					
2. Me complace tener relaciones con mi pareja después de conocer el resultado. (Cd)					
3. Cualquiera de los resultados patológicos son enfermedades curables. (Co)					
4. Me desagrada asistir al control. (Ee)					
5. Es necesario el cumplimiento del tratamiento para mejorar su problema de salud. (Co)					
6. Los resultados patológicos ponen en peligro mi vida. (Co)					
7. Acudo a la consulta para recibir tratamiento para controlar mi enfermedad. (Cd)					
8. Cumpliré con el tratamiento para evitar la progresión de la enfermedad. (Cd)					
09. No tendré relaciones sexuales con mi pareja por considerarlo un riesgo para mi salud. (Cd)					
10. Las pruebas de laboratorio puede detectar el cáncer o cualquier otra enfermedad similar. (Co)					
11. Estaría dispuesta a iniciar una vida sexual con otra pareja, aún sabiendo que tengo mi resultado patológico de pap. (Ee)					
12. La presencia de verrugas en los genitales es indicador de la presencia del Virus Papiloma Humano y esto puede posibilitar la aparición de cáncer de cuello uterino.					
13. Me angustia ser rechazada por mis seres queridos al conocer el resultado patológico. (Ee)					
14. Me someteré periódicamente al control de mi enfermedad. (Cd)					
15. Me alegra evidenciar mejoría al cumplir con el tratamiento contra mi enfermedad. (Ee)					
16. Tengo Interés en obtener conocimiento sobre las lesiones que produce la enfermedad. (Cd)					
17. Me atemoriza pensar que puedo morir a consecuencia de la enfermedad. (Ee)					
18. El Virus Papiloma Humano puede desencadenar un cáncer de cuello uterino. (Co)					
19. Tener múltiples parejas es un factor de riesgo para contraer el Virus Papiloma Humano y consecuentemente el cáncer de cuello uterino. (Co)					
20. Me deprime saber que mi resultado patológico conlleve a cáncer de cuello uterino u otra enfermedad de riesgo (Ee)					
21. Me angustia que mis hijas puedan tener este problema de salud más adelante. (Ee)					
22. No tendré vida sexual con varias parejas. (Cd)					
23. Me deprime tener que ir a la consulta para que me apliquen tratamiento. (Ee)					
24. Los resultados patológicos de pap son lesiones del cuello uterino controlable y curable. (Co)					
25. Iniciar una vida sexual a temprana edad representa un alto riesgo para contraer Infecciones de transmisión sexual y consecuentemente lesiones en el cuello uterino.					
26. Estaría dispuesta decirle a una nueva pareja sexual que tengo un resultado patológico Pap (Cd)					
27. Estoy dispuesta a investigar sobre mi enfermedad . (Ee)					

Categorías para el nivel de conocimientos

Nivel de conocimientos	Categorías
Muy bajo conocimiento (MBC)	01 – 09
Bajo conocimiento (BC)	10 – 18
Regular conocimiento (RC)	19 – 27
Alto conocimiento (AC)	28 – 36
Muy alto conocimiento (MAC)	37 – 45

Categorías para evaluar el estado emocional

Nivel de	Categorías
Muy deficiente estado emocional (MDEE)	01 – 09
Deficiente estado emocional (DEE)	10 – 18
Ni bueno ni malo estado emocional (NBNM)	19 – 27
Eficiente estado emocional (EEE)	28 – 36
Muy eficiente estado emocional (MEEE)	37 – 45

Categorías para evaluar la conducta

Nivel de	Categorías
Muy mal conducta (MMC)	01 – 09
Mala conducta (MC)	10 – 18
Ni buena ni mala conducta (NBNM)	19 – 27
Buena conducta (BC)	28 – 36
Muy buena conducta (MBC)	37 – 45

Cálculo del Alfa de Crombach

La validez de confiabilidad se evaluó mediante la aplicación del Coeficiente de confiabilidad alfa de Crombach (34,35).

La fórmula para calcular el alfa de Crombach fue la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k Si^2}{St^2} \right)$$

α = Coeficiente de Crombach

K= N° de items utilizados para el cálculo

Si = Varianza de cada item

St = Varianza total de los items

Al reemplazar los datos con la utilización del programa estadístico SPSS, el alfa de Crombach calculado fue de 0,78 siendo esta cifra aceptada como confiable por la comunidad científica internacional.

En el siguiente cuadro se muestra la salida que emite el Programa SPSS 23 versión español.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,781	27

ANEXO 02

Formato de Juicio de expertos

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Resultados patológicos de Papanicolaou y actitudes de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez Essalud de Ica, julio - diciembre- 2015.

Nombre del instrumento: Cuestionario para evaluar actitudes de usuarias después de recibir resultados patológicos del Papanicolaou.

Investigadores: Bach. Liliana Valle Paravecino

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

PROMEDIO: _____ %


 H. MARTHA LUNASCO CUPE
 OBSTETRA
 COP: 2762
 HOSPITAL "FELIX TORREALVA GUTIERREZ"

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Resultados patológicos de Papanicolaou y actitudes de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez Essalud de Ica, julio - diciembre- 2015.

Nombre del instrumento: Cuestionario para evaluar actitudes de usuarias después de recibir resultados patológicos del Papanicolaou.

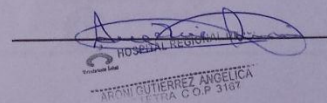
Investigadores: _____

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

PROMEDIO: 100%

Procede su aplicación
 Debe corregirse



 HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 ARONI GUTIERREZ ANGELICA
 LETRA C.O.P. 3167

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Resultados patológicos de Papanicolaou y actitudes de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez Essalud de Ica, julio - diciembre- 2015.

Nombre del instrumento: Cuestionario para evaluar actitudes de usuarias después de recibir resultados patológicos del Papanicolaou.

Investigador: Bach. Liliana Valle Paraveño

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse

PROMEDIO: 100 %

Handwritten signature and official stamp of the Hospital Félix Torrealva Gutierrez Essalud de Ica.

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Resultados patológicos de Papanicolaou y actitudes de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutierrez Essalud de Ica, julio - diciembre- 2015.

Nombre del instrumento: Cuestionario para evaluar actitudes de usuarias después de recibir resultados patológicos del Papanicolaou.

Investigadores: *Bach. Liliana Valle Paravocino*

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

PROMEDIO: 100%

[Firma]
Dr. JESÚS VERA EURIBE
 PSICÓLOGO CLÍNICO
 C.Ps.P. 24261

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación: Resultados patológicos de Papanicolaou y actitudes de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealeva Gutiérrez - Essalud de Ica, julio - diciembre- 2015.

Nombre del instrumento: Cuestionario para evaluar actitudes de usuarias después de recibir resultados patológicos del Papanicolaou.

Investigadores: BACH. WILIANA VALE PARAVECINO

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					✓
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse

PROMEDIO: 100 %


 Dr. JULIO A. PERA GALINDO
 C.P.P. 34218

ANEXO 3

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Trabajo de investigación

**“RESULTADOS PATOLOGICOS DE PAPANICOLAOU
FRENTE A LAS ACTITUDES DE LAS USUARIAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ ESSALUD
DE ICA, JULIO - DICIEMBRE- 2015”**

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dña, de años de edad y con DNI n°, manifiesto que he sido informado/a sobre los beneficios y perjuicios que podría suponer el desarrollo de un cuestionario para cumplir los objetivos de mi proyecto de Investigación titulado **“RESULTADOS PATOLOGICOS DE PAPANICOLAOU FRENTE A LAS ACTITUDES DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ ESSALUD DE ICA, JULIO - DICIEMBRE- 2015”** con el objetivo de determinar la actitud de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero de manejo exclusivo de la investigadora.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta participación tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

_____, de _____ de 2015

FIRMA

ANEXO 04

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la actitud de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez– ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015?</p>	<p>Objetivo general.</p> <p>Determinar la actitud de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con el nivel de conocimientos de las usuarias atendidas en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Resultados patológicos de Papanicolaou</p>	<p>Tipo de resultados de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal - No satisfactorio - Cambios benignos - ASCUS - ASCUS-H - LIEBG - LIEAG - AGC - Cáncer 	<p>Cuestionario</p>	<p>Hoja de recolección de datos</p>
<p>P.S.1: ¿Cuál será el nivel de conocimientos de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015?</p>	<p>O.E.1. Determinar el nivel de conocimientos de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015.</p>	<p>H.E. 1. Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con el nivel de conocimientos de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.</p>	<p>V. Dependiente</p> <p>Nivel de conocimientos de las usuarias.</p>	<p>Definición de cáncer</p> <p>Signos y síntomas</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Tratamiento</p> <p>Prevención</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Hoja de recolección de datos</p>
<p>¿Cuál será el estado emocional de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015?</p>	<p>O.E.2. Determinar el estado emocional de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del 2015.</p>	<p>H. E. 2. Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con el estado emocional de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.</p>	<p>V. Dependiente</p> <p>Estado emocional de las usuarias.</p>	<p>Manifestación de ira</p> <p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Temor</p> <p>Rechazo</p> <p>Angustia</p> <p>Satisfacción</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Hoja de recolección de datos</p>
<p>P.S.2. ¿Cuál será la conducta de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica de julio a diciembre del año 2015?</p>	<p>O.E.3. Identificar la conducta de las usuarias frente a resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.</p>	<p>H. E.3. Los resultados patológicos de Papanicolaou se asocian con la conducta de las usuarias atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015.</p>	<p>V. Dependiente</p> <p>Conducta de las usuarias.</p>	<p>Medidas preventivas</p> <p>Rechazo o aceptación al tratamiento</p> <p>Cambio de estilo de vida</p> <p>Rechazo o aceptación a la enfermedad</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Hoja de recolección de datos</p>

ANEXO 05

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Items
Resultados patológicos de Papanicolaou	La prueba de Papanicolaou es una prueba de detección del cáncer del cuello uterino. Con esta prueba se buscan células anormales en el cuello uterino que podrían convertirse en cáncer con el tiempo.	Datos de laboratorio de la prueba de Papanicolaou en la usuaria atendida en el hospital.	Unidimensional	Tipo de resultados de laboratorio: - LIEBG - LIEAG - AGC - ASCUS	Nominal Nominal Nominal Nominal	Items relacionados con el resultados del examen
Actitudes de las usuarias	La actitud es un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.	Es la predisposición de la usuaria para reaccionar frente a los resultados patológicos del PAP La actitud es la forma en la que la usuaria atendida en el hospital se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.	Cognitiva	Definición de cáncer Signos y síntomas Diagnóstico Tratamiento Prevención Factores de riesgo	Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal	Items 3, 6, 8, 12, 14, 21, 22, 27, 28, 31,32
			Afectiva o emocional	Manifestación de ira Depresión Ansiedad Temor Rechazo Angustia Satisfacción	Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal	Items 2, 9, 15, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 33
			Conductual	Medidas preventivas Rechazo o aceptación al tratamiento Cambio de estilo de vida Rechazo o aceptación a la enfermedad	Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal	Items 1, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 18, 19, 25, 29, 30