



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ACCESIBILIDAD SOCIOECONÓMICA Y GEOGRÁFICA
RELACIONADA CON LA ADHERENCIA AL PAPANICOLAU, EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CENTRO DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE, AREQUIPA 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: QUISPE SARMIENTO, ELIZABETH

AREQUIPA - PERÚ

2016

**ACCESIBILIDAD SOCIOECONÓMICA Y GEOGRÁFICA
RELACIONADA CON LA ADHERENCIA AL PAPANICOLAU, EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL, CENTRO DE SALUD ALTO SELVA
ALEGRE, AREQUIPA 2014**

DEDICATORIA

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy.

A mis adorados padres por sus enseñanzas, apoyo y amor incondicional que día a día me han brindado, apoyándome en las derrotas y celebran los triunfos.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes por sus conocimientos impartidos, su paciencia y entendimiento y por haberme brindado la oportunidad de alcanzar un excelente nivel académico.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre accesibilidad socio-económica, geográfica y el examen de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.

Es una investigación descriptiva correlacional causal, se trabajó con una muestra de 257 mujeres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert de 20 ítems, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,869); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,74). La prueba de Hipótesis se realizó mediante la R de Pearson con un valor de (0,876) y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

En la accesibilidad socio-económica, geográfica, las que no tienen accesibilidad, no cumplen con la prueba de papanicolau y las que tienen accesibilidad cumplen con la prueba de papanicolau. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad socio-económica, geográfica y el cumplimiento del examen de papanicolau. Teniendo en consideración los aspectos señalados por las mujeres: En lo social, el grado de instrucción es secundaria completa, por la procedencia en mayor porcentaje son de Lima, en la religión profesan el catolicismo, por el estado civil en su mayoría son convivientes, según el Número de hijos tienen más de dos hijos y ante la pregunta si el papanicolau es importante, respondieron que No. En lo económico; las mujeres no tienen seguro social, en mayor porcentaje ganan menos de 500 soles. En lo geográfico: sobre su lugar de residencia, las mujeres viven en zona Urbana, sobre su Medio de traslado, respondieron Combi, sobre su tiempo de traslado, las mujeres respondieron más de 15 minutos, ante la pregunta si cumplió con tomarse la prueba de papanicolau las mujeres, respondieron No y sobre la última prueba de Nicolau, las mujeres respondieron que lo realizaron hace más de 5 años.

Todos estos aspectos están relacionados con el cumplimiento de la prueba de papanicolau. Existe una relación significativa entre accesibilidad socio-económica, geográfica y el examen de papanicolau.

Palabras Claves: *Accesibilidad socio-económica, geográfica, examen de Papanicolaou, mujeres en edad fértil.*

ABSTRACT

This study was Objective: To determine the relationship between socio-economic accessibility, geographical and Pap test in women of childbearing age Health Center Alto Selva Alegre, Arequipa 2014 is a descriptive investigation, we worked with a sample 257 women, for the gathering of information was used a questionnaire 20-item Likert, the validity of the instrument was performed using the concordance test expert judgment obtaining a value of (0.869); reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of (0.74). Hypothesis testing was performed by Pearson R with a value of (0.876) and a significance level of $p < 0.05$.

In the socio-economic, geographic accessibility, which do not have access, they do not comply with the Pap test and those with accessibility meet the pap smear. These results indicate that there is a relationship between two variables: accessibility socio-economic, geographical and compliance with the Pap test. Taking into consideration the points raised by women: social, educational attainment is a high school, by origin a greater percentage are Lima, religion profess Catholicism, by marital status mostly are cohabiting, according Number of children have more than two children and when asked if the Pap smear is important, responded that No. economically; women have no social security, a greater percentage earning less than 500 soles. Geographically: on their place of residence, women live in urban areas, on the means of transfer, responded Combi on your travel time, women responded more than 15 minutes, when asked if he fulfilled taking the test pap women responded No and the last test Nicolau, women responded that they made more than 5 years ago. All these aspects are related to compliance with the pap smear. There is a significant relationship between socio-economic accesibisidad, geographical and Pap test.

Keywords: *socio-economic accessibility, geographical, Pap smear, women of childbearing age.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	7
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	20
2.3. Definición de términos	49
2.4. Hipótesis	50
2.5. Variables	52
2.5.1. Definición conceptual de la variable	53
2.5.2. Definición operacional de la variable	55
2.5.3. Operacionalización de la variable	58

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	59
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	59
3.3. Población y muestra	60
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	61
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	62
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	62
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	50
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	85
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El examen del Papanicolaou llamado también citología del cuello de útero es una forma eficaz de examinar las células recogidas del cerviz, o de la "boca" de la matriz (localizada en la parte de arriba de la vagina), para detectar de manera temprana la presencia de infecciones, inflamación, células anormales y cáncer.

El cáncer cérvico-uterino es causado principalmente por algunos tipos de virus del papiloma humano (HPV). Este virus es transmitido a través de las relaciones sexuales, en la mayoría de los casos la infección se cura de manera espontánea. Pero si la infección persiste, puede producir lesiones que con los años pueden transformarse en un cáncer. El cáncer de cuello uterino, constituye una de las patologías con altas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer en el sexo femenino en casi todo el mundo, ocupando el quinto lugar entre las neoplasias más frecuentes y el segundo lugar entre los tumores ginecológicos. Cada año son diagnosticados medio millón de casos, de los cuales una quinta parte se diagnostican en países desarrollados y el resto en aquellos en vías de desarrollo. En los países pobres o en vías de desarrollo, el carcinoma de cuello uterino se halla asociado con la pobreza y con la baja cobertura de servicios de salud sobre todo aquellos relacionados a su detección precoz, por lo que no se ha observado un descenso en las tasas de mortalidad. En América Latina, la mortalidad femenina se ha incrementado por esta causa, a excepción de Chile. Estas altas tasas se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, mientras que las más bajas son las de Cuba y Puerto Rico constituyendo así uno de los mayores problemas de salud pública para Latinoamérica y el Caribe.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad provocada por células que proliferan sin control y se multiplican de manera autónoma, invadiendo tejidos. Tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se somete a un tratamiento adecuado. (1)

“El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. (2)

La Organización Mundial de la Salud, estima que el cáncer podría cobrar la vida de 10,3 millones de personas en el mundo para 2020, afectando a 6,7 millones de personas cada año. En nuestro país, la tasa de defunción por tumores tiende a aumentar.(2)

El cáncer demuestra sus altas tasas de incidencia y mortalidad en Latinoamérica ocupando el tercer lugar de las causas de muerte, convirtiéndose en un problema de salud pública. (3) El cáncer puede afectar a personas de todas las edades, pero el riesgo se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes en mujeres.

Los tipos de cáncer que afectan a las mujeres con más frecuencia son los cánceres de mama, colon, recto, endometrio, pulmón, cuello uterino, piel y ovario. El conocimiento acerca de estas enfermedades y acerca de las medidas que puede tomar con respecto a ellas puede salvar su vida (4) .El problema lo podemos observar en los países subdesarrollados especialmente en los países sur América, Perú, Bolivia, parte Costa Rica, México.

En los últimos años se han hecho importantes avances en el tratamiento del cáncer de cuello uterino, sin embargo la prevención y detección temprana son aún débiles por ello que las cifras continúan incrementándose. (5)

La detección precoz por Papanicolaou sigue siendo la medida más económica y efectiva contra el cáncer, ya sea realizando las visitas regulares a los servicios de salud, la realización de la Citología Cervical cada año, o cada 3-5 años, si no se encuentra en el grupo de riesgo, para padecer cáncer cervical.

Las mujeres muestran cierta renuencia a someterse al tamizaje porque perciben al Cáncer de cérvix como un sinónimo de muerte. La falta de información sobre los posibles tratamientos genera un temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentúa todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunican con las mujeres afectadas.

El incremento de los casos de cáncer en nuestro país puede ser explicado por determinantes como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la pobreza, la urbanización, los cambios en la dieta, el género, la raza/étnia, entre otros.(6) Cada día 24 peruanas mueren por cáncer. La Distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo en el Perú, en los años 2006-alcanzan a 16 374 casos de cáncer de cérvix que representa el 14,9 % de las patologías oncológicas. (6)

Los datos del Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, encuentran para el período 2004-2007 una incidencia acumulada de 228 casos por 100 000 habitantes. (7) Del 2008-2013 es de 409 casos de cáncer de cérvix, fueron tamizadas 54,445 mujeres tamizadas con Papanicolaou (1)

Las unidades notificantes en la ciudad de Arequipa en el año 2013, fueron, Hospital Goyeneche 734 casos, Honorio Delgado 477 casos, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 161 casos, Gerencia Regional de Salud 141. Estos hospitales procesan Papanicolaou. (6)

La Existencia de personal en el primer nivel de atención esta capacitado en prevención primaria, secundaria de cáncer de cérvix con IVAA/crioterapia: Representa la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer de cérvix en el primer nivel de atención.

La prevención y control del cáncer utilizando el Papanicolaou como medida preventiva tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones como la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos (8)

La accesibilidad es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.
(9)

Las diversas condiciones socioeconómicas, genera inequidades en salud, la pobreza empeora el acceso de las personas con cáncer a los servicios de salud. En la región de las Américas, las personas pobres tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades no transmisibles que aquellas con mayores recursos. Por otro lado, el costo derivado de las enfermedades no transmisibles como el cáncer merma significativamente los presupuestos familiares reduciendo el dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación, requisito básico para escapar de la pobreza.

La accesibilidad geográfica es un factor que representa un inconveniente en la atención a los usuarios que acuden a los servicios de salud generando que las coberturas estén por debajo de lo óptimo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Existe relación entre la accesibilidad socioeconómica y geográfica y la adherencia al Papanicolaou, en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la accesibilidad social en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?

- ¿Cuál es la accesibilidad económica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014 el Centro de Salud Alto Selva Alegre ?
- ¿Cómo es la accesibilidad geográfica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?
- ¿Cómo es el cumplimiento del examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014
- ¿Qué relación existe entre la accesibilidad social y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?
- ¿Qué relación existe entre la accesibilidad económica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?
- ¿Qué relación existe entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre accesibilidad socio-económica, geográfica y el examen de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la accesibilidad social en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.
- Caracterizar la accesibilidad económica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.
- Caracterizar la accesibilidad geográfica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.
- Determinar el cumplimiento del examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.
- Determinar la relación entre la accesibilidad social y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.
- Determinar que relación existe entre la accesibilidad económica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.
- Determinar qué relación existe entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, así lo demuestran las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad .En Latinoamérica el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú la primera causa de mortalidad. (10)

Es pertinente a la profesión de enfermería ya que aborda un tema relacionado a salud de la mujer sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades .El estudio identificará los factores que impiden la accesibilidad a los servicios de salud e identificar a mujeres con una patología oncológica y sus posterior perdida ,no solo significa el deceso de una mujer, sino que también va a conducir a una desorganización familiar que acarrea la orfandad, el abandono y la pobreza de una sociedad, suceso que podría evitarse si tan solo las mujeres acudieran a realizarse el examen de Papanicolaou. Se busca la promoción de una conducta preventiva en las mujeres en edad fértil para lograr el bienestar de las mujeres.

Es útil ya que las características de accesibilidad determinan una conducta preventiva o inasistencia a los servicios de salud para el despistaje de Papanicolaou lo que redundara en la disminución de morbimortalidad de cáncer de cuello uterino.

Es trascendente ya que los resultados permitirán aportar conocimientos que apoyaran las actividades de adherencia con respecto a la toma de Papanicolaou, estos resultados servirán de base para posteriores investigaciones.

Se aportaran bases científicas como nuevos conocimientos sobre accesibilidad en cuanto a los despistajes de cáncer que será guía para posteriores investigaciones.

Es de interés propio realizar esta investigación ya que las cifras evidencian la necesidad de fortalecer la prevención al trabajar la salud sexual de las mujeres siendo la prevención un factor importante en la reducción de tasas de mortalidad y morbilidad.

Es de interés personal ya que el presente estudio servirá para optar el título de licenciada en enfermería.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

La limitación mas frecuente que pudimos encontrar al momento de realizar la investigación fue la falta de interés de algunas mujeres en edad fértil al momento de realizar las preguntas del instrumento.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales

COMUNIAN, G. Y Cols. (2008). “Inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarias”, Caracas. No disponemos de estudios que reporten la cuantía y razones de la inasistencia de la estudiante universitaria a la consulta de pesquisa del cáncer de cuello uterino. Dada la alta asociación entre el virus del papiloma humano y el cáncer del cuello uterino, nos propusimos determinar la prevalencia de la inasistencia a la consulta de este despistaje en la Universidad de Carabobo, Bárbula, con la participación de 400 estudiantes universitarias, evaluadas entre enero y julio de 2006. Se realizó un estudio de corte transversal, encontrando una edad mediana de 21 años y rango intercuartil = 19 y 23 años. El 68 % niega haber acudido a la consulta. El 64 % afirmó haber tenido relaciones sexuales y el 54 % afirma conocer que es una citología cervical

exfoliativa. Concluyen que la prevalencia de la inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino fue elevada. Existe una falta de información clara y adecuada sobre la importancia de esta prueba en las mujeres de dicha comunidad. (11)

LEON, S. Y CALLI, R. (2009-2010) "Factores relacionados con el examen de Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino", Argentina. Este estudio tiene por objetivo estimar la relación que tiene la realización de PAP, por un lado, con los factores socio demográficos y, por el otro, con la mortalidad por CCU. Se efectuó un estudio de corte transversal y de tipo ecológico. Las variables analizadas fueron: proporción de realización de PAP, edad, cobertura de salud, necesidades básicas insatisfechas (NBI), nivel de instrucción y estado civil. Se realizó un análisis bivariado y multivariado, calculando OR e IC 95%. Se consideró la asociación con $p < 0,05$

RESULTADOS: Tomando como referencia basal al grupo de 18 a 24 años, presentaron más chances de realizarse PAP las mujeres de 25-34 años [OR 2,56 (IC 95%: 2,31-2,84)], de 35-49 [OR 2,95 (IC 95%: 2,67-3,26)], de 50-65 [OR 1,89 (IC 95%: 1,71-2,09)] y de 66 o más [OR 0,63 (IC 95%: 0,57-0,70)].

Presentaron más chances de no realizarse PAP las mujeres con NBI [OR 1,71 (IC 95%: 1,58-1,86)], sin instrucción [OR 4,12 (IC 95%: 3,29-5,19)], sin cobertura de salud [OR 1,47 (IC 95%: 1,37-1,57)] y sin unión estable [OR 2,0 (IC 95%: 1,89-2,12)].

La tasa de mortalidad por CCU en 2010 fue de 14,8 por 100.000 mujeres. La correlación entre tasa de mortalidad por CCU y realización de PAP fue de $\beta_1 = -0,20$, IC 95%: -0,39 a -0,01, $R^2 : 0,17$. Concluyendo que los factores sociodemográficos analizados están asociados con la realización de PAP. A mayor

proporción de exámenes, se reduce la tasa de mortalidad por CCU.(12)

BADT, P. (2003-2005). “Cobertura de PAP: Barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención Argentina.” El objetivo del trabajo fue estimar la cobertura de PAP en dos barrios de Bahía Blanca e identificar las barreras que limitan su práctica en atención primaria. Se utilizó un diseño de tipo transversal cuali-cuantitativo. Se realizó una encuesta estructurada a 224 mujeres sexualmente activas de entre 15 y 65 años, seleccionadas por muestreo aleatorio por conglomerados y una entrevista semiestructurada al personal de ambas unidades sanitarias. El 49,1% de las mujeres se realiza un PAP anualmente. Existe asociación entre: el tiempo desde el último PAP y la edad de la mujer . (13)

FIGEROGA, N. (2010), “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”. El objetivo general de este estudio es describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la citología cérvico-uterina, en mujeres desplazadas de los sectores Caguan, Chipi y Tambo en el barrio Las Flores del Distrito de Barranquilla durante el primer semestre de 2010. Es un estudio descriptivo donde se analizan las respuestas de 150 mujeres encuestadas. La edad promedio de las encuestadas fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General

de Seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene un conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años; dos tercios de las mujeres se la practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años, porcentaje que se encuentra por debajo de estudio llevado a cabo el Instituto Nacional de Cancerología (INC). El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la avidez que tienen de conocer más sobre dicho examen. (14)

WIESNER ,C. Y Cols. (2006) ." La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones". El presente trabajo tiene como objetivo presentar las representaciones sociales de la citología así como las barreras y las motivaciones, como punto de partida, para adecuar los servicios de prevención en un municipio de Colombia. El Estudio es cualitativo de tipo fenomenológico mediante el uso de grupos focales y talleres de validación. Se realizó un muestreo teórico para buscar diferencias según la edad, el tipo de afiliación al sistema de salud, antecedente de citología y tipo de comuna. Se realizó interpretación de las narrativas de las participantes y análisis mediante el uso de software Atlas ti. Resultados la citología se asocia con la idea de infecciones, pre-cáncer y prevención de cáncer. Se identificaron barreras culturales, desinformación por pares, ausencia de redes sociales y, particularmente, mala calidad de algunos servicios de salud del sector público.

Concluyendo que el proceso de objetivación frente al examen citológico, se produce de manera satisfactoria aunque no hay una relación unívoca entre conocimiento y práctica continua de la citología. Las mujeres mayores tienen representaciones de riesgo propio del modelo de las infecciones agudas. La falta de oportunidad en la asignación de citas y entrega de resultados afecta la continuidad necesaria para el control del cáncer.(15)

VALENCIA, E. (2014), “Situación educacional y socio-cultural del tamizaje de Papanicolaou en mujeres de Sensuntepeque”, Chile. El presente estudio de investigación tuvo como objetivo Investigar estadísticas sobre la realización del examen de Papanicolaou, el conocimiento y aceptación de la citología cérvico-vaginal como método para la prevención de cáncer de cérvix que tienen hombres y mujeres que viven, estudian y/o trabajan en el distrito de Sensuntepeque. El estudio fue de tipo analítico, y transversal. Los Materiales y métodos empleados fueron muestreo aleatorio y sistemático. Para los datos estadísticos del Hospital Nacional de Sensuntepeque se utilizaron censos médicos. Resultados: Durante 2012 fueron tomados 908 Papanicolaou, en 2013 de ene-jun se tomaron 339. De 108 casos 33,34% manifestaron que la principal función del Papanicolaou es el diagnóstico de infecciones vaginales, 35,19% dijeron que el Pap debe de tomarse dos veces al año; 28,71% desconocen factores de riesgo para cáncer de cérvix; 8,33% de los profesionales indicaron que el Virus del Papiloma Humano no es una IST, 0,93% de ellos piensan en la vacuna contra VPH como método de prevención; 47,22% identifica a la vergüenza y a la participación masculina en la toma de Pap como factores principales para evitar la citología cérvico-uterina. Concluyendo que independientemente de su situación académica, la falta de

educación sexual es el factor principal para evitar y malinterpretar el Papanicolaou; la vergüenza es un contribuyente colateral que impide el tamizaje. (16)

MOLINA, J. (2008), “Percepciones culturales del examen de Papanicolaou, en el hospital “Virgen de Remedios”, Cochabamba –Bolivia, El presente estudio tiene como Objetivo general Contribuir al incremento de la cobertura del examen de Papanicolaou a partir de la mejora en la aceptación del examen en las MEF, esposos y madres del área rural, durante la gestión 2009. Dicho estudio es una investigación descriptiva propositiva, cuantitativa - cualitativa que establece las percepciones culturales que tienen las MEF, esposos y madres referente a la práctica del examen de Papanicolaou en el Hospital “Virgen de Remedios”.

Resultados: En resumen podemos expresar que en el cuadro N° 1 un grupo reducido de MEF del área rural refiere conocer del examen de Papanicolaou. se evaluó el nivel de conocimiento del examen en las MEF que refirieron conocer, descubriéndose que en gran parte de ellas existe un nivel bajo del verdadero conocimiento del examen de Papanicolaou y un escaso numero de MEF con nivel alto de conocimiento del examen de Papanicolaou. Se concluye que: Las percepciones culturales que tienen las MEF del área rural del Municipio de Sopachuy, son percepciones desiguales a las que maneja el personal de salud del Hospital “Virgen de Remedios”, percepciones que se constituyen en barreras para que las MEF no acudan a realizarse el examen de Papanicolaou, percepciones se van formando y transmitiendo de generación a generación. Los esposos y madres de las MEF, poseen ideas diferentes acerca del examen de Papanicolaou, de la misma forma estos tienen un cierto nivel de rechazo a la atención que

se brinda en el servicio de salud, ejerciendo una gran influencia negativa en las decisiones que van a tomar las MEF; La atención brindada por el personal de salud se constituye en uno de los factores que mas influye, para que las MEF no acudan al Hospital “Virgen de Remedios” a la realizarse el examen de Papanicolaou y es uno de los factores mas difícil de poder cambiar o adecuar, debido a que los profesionales de salud no han sido formados para brindar una atención con un enfoque intercultural.(17)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

COTRINA, L. Y DE LA CRUZ, S. (2012). “Actitudes, practica de despistaje y conocimiento sobre cáncer de cérvix en mujeres sexualmente activas, Guadalupe” Perú (Trujillo). El objetivo general fue determinar el Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas-2007. Sus objetivos específicos fueron Identificar el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, el diagnóstico y tratamiento de la anemia y las consecuencias de la anemia en los niños. El diseño metodológico fue descriptivo, aplicativo, transversal y se contó con una población de 112 madres, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, entre las conclusiones más importantes señala: Se ha demostrado que el PVH es una causa necesaria para el desarrollo del cáncer cervical, pero no es suficiente ,ya que solo una pequeña proporción de mujeres infectadas por el aquel desarrollan el cáncer , indicando que otros factores estén involucrados en la progresión de la infección del cáncer. El virus del papiloma humano es una causa muy bien establecida de cáncer de cuello uterino.

Aunque muchos estudios se han realizado hasta ahora sobre la biología Viral de Virus papiloma humano . (18)

HUAMANÍ, C y Cols. (2007),"Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil de Lima, Perú. Estudio transversal, se realizó un muestreo por conglomerados empleando un cuestionario validado por juicio de expertos, que tenía 22 ítems, seis preguntas de opción múltiple, nueve abiertas y siete tipo escala de Likert. Se determinó la asociación bajo conocimientos y actitud negativa o indiferente usando regresión logística múltiple. Se incluyó a 502 mujeres, con una edad promedio de 27 ± 8 años. El 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9% (IC95%: 21,0-28,7%), el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo (ORa: 3,1; IC95%: 1,0-4,1) y a una historia de PAP inadecuada (ORa: 2,8; IC95%: 1,6-4,9). La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7% (IC95%: 15,2-22,2%), la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC95%: 1,3-7,9), historia inadecuada de PAP (ORa: 2,0; IC95%: 1,1-3,6) y haber tenido más de dos parejas sexuales (ORa: 2,6; IC95%: 1,3-5,3). Conclusiones :Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolau en mujeres de Lima.(19)

BAZAN, F. y Cols. (2010), "Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prueba de Papanicolaou (PAP), Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", Lima-Perú". Tiene por objetivo general determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la prueba de Papanicolaou, hallar la asociación entre la edad y grado de instrucción frente a dichas variables y describir las características sobre la práctica periódica del PAP. Diseño Analítico y transversal. Cuestionario estructurado, auto desarrollado, durante noviembre-2005 a enero 2006. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres sobre el PAP, y asociaciones y características sobre su práctica periódica. Resultados: De 501 encuestados, en 63% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 66% una actitud desfavorable y en 71% una práctica incorrecta sobre la prueba de Papanicolaou; se obtuvo un OR= 1,45(IC=0,98 A 2,16) entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta; la difusión por los medios de comunicación sobre le PAP fue 6,2% y la mayor barrera para no tener una práctica periódica del PAP fue el género masculino ejecutor (34,2%). Concluyendo que los niveles de conocimiento, actitudes y práctica, en nuestra población son bajos. El mayor nivel de conocimientos no está relacionado con la práctica correcta DEL PAP. Existe poca difusión sobre EL PAP por los medios de comunicación y las limitantes a que las mujeres se tomen el PAP son principalmente psicológicas.(20)

FLORES, P. (2011). "Prácticas de Prevención del cáncer Cérvico Uterino en usuarias del centro de Salud C.S Leonor Saavedra- San Juan de Miraflores Lima Perú; Universidad Mayor de San Marcos". Evidencio que entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino

relacionadas con la conducta sexual, solo 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, solo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales y solo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las practicas de prevención secundaria tenemos. El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales solo e 11.1% se l realizo después de iniciar su vida sexual, solo el 34,6% se lo realiza cada año, el 30,8% se la ha realizado mas de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su ultimo Papanicolaou, y solo el 36,1% conoce el propósito de la prueba.(21)

ZEVALLOS, C. (2014), “Factores psicológicos, sociales, culturales en el examen de Papanicolaou en estudiantes del instituto alas peruana, Arequipa”, teniendo como objetivo general identificar los factores psicológicos, sociales, culturales que presentan las estudiantes del instituto alas peruanas.

Conclusiones: La mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria. (22)

SALDAÑA M.D. (2013) Arequipa: “influencia del conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la práctica preventiva del examen de Papanicolaou en primigestas atendidas en la microred chiguata”. Se realizo un estudio en

104 madres primigestas, donde los resultados muestran que el 84,62% de las madres primigestas muestran tener un nivel de conocimientos inferior sobre el cáncer de cuello uterino, el 74,04 % realizan prácticas preventivas inadecuadas, así como un conocimiento de nivel medio acerca del cáncer de cuello uterino en las primigestas, que influye significativamente en la práctica preventiva del examen del PAP para la detección y prevención oportuna de células cancerígenas. (23)

APAZA A. B. (2013) Arequipa: “Conocimiento y Cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza”. El estudio tuvo como objetivo establecer el nivel de conocimiento y de cumplimiento del examen de Papanicolaou mediante una encuesta donde los resultados obtenidos fueron: el 73,75 % de mujeres profesionales son enfermeras, 19,38% son médicos y 6,88 % obstetrices.

El 41,53 % de enfermeras refiere tener una vida sexual activa regular, 48,39 % en médicos y 54,55% en las obstetrices ($p > 0.05$). En 1,25% de mujeres no refirió haber tenido parejas sexuales, 55,25% solo tuvo una pareja, 32,50% dos parejas y tres a mas en 10% del total de mujeres. el 18,13% de mujeres no se han realizado el examen de Papanicolaou, 20,63% se hicieron el examen el año transcurrido , 26,88% lo hicieron hace más de un año , 19,38% hace más de dos años y un 15% lo hizo hace más de tres años .el nivel de conocimiento fue en general regular (48,13%, siendo bueno en 21,88% y deficiente en 30% entre los médicos y obstetrices solo 6,45% y 9,09% respectivamente, alcanzaron conocimiento deficiente ($p > 0,05$). en conclusión el cumplimiento y conocimiento del examen de

citología cervical pueden ser mejorados en las mujeres profesionales de la salud . (24)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Teoría de Enfermería

A. Modelo de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

Continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. Se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. (25)

El modelo de la promoción de la salud es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de personas que interactúan con el entorno, intentando alcanzar un estado de salud. (26)

a. Conceptos y Definiciones de la teoría (27)

- Conducta previa relacionada: Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Efectos directos e indirectos de comprometerse con las conductas de promoción de la salud
- Factores personales: factores predictivos de cierta conducta

-Factores personales biológicos: variables como, edad, sexo, IMC, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.

-Factores personales psicológicos: autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.

-Factores personales socioculturales: raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico

A continuación se detalla una serie de variables específicas de la conducta y el afecto, las cuales son modificables mediante las acciones de enfermería:

- Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.
- Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

b. Meta paradigmas desarrollados en la Teoría

- **Persona:** Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. (25)

Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la

estabilidad. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.

- **Cuidado o Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (28)
- **Salud:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. (28)
- **Entorno:** Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta.(28)

c. Afirmaciones Teóricas

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo para la

salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. (25)

La promoción de salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano.

En su primer libro, *Health Promotian in Nursing Practice*, Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud.

B. Modelo de Dorothea Orem

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. (29)

a. Teoría del Autocuidado (29)

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad

e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b. Teoría de los sistemas de enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. (29)

Proporciona el contexto dentro del cual la Enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. (30)

Explica los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores La enfermera sule al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (31)

c. Déficit del autocuidado

Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (29).

d. Meta paradigmas

- **Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente. (32)

- **Enfermería:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo. (31)
- **Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo. (31)
- **Entorno:** Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona. (31)

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

e. Influencia de la teoría en el trabajo de investigación

Siendo el profesional de enfermería encargado de cumplir el rol de educador, a la persona, familia y comunidad, en el tema de promoción de la salud, se debe educar sobre los beneficios del Papanicolaou, para un diagnóstico precoz y oportuno, en el lenguaje más sencillo a cada una de las mujeres teniendo en cuenta la interculturalidad de cada una de ellas.

Para mejorar las coberturas del examen de Papanicolaou, las políticas en la atención integral a la mujer tienen que tomar en cuenta estas necesidades, teniendo a las mujeres como protagonistas con su cultura, costumbre y normas sociales a respetar sin distinción social alguna, priorizando acciones que vayan en beneficio de la misma, creando relaciones de calidad, que van a producir confianza y credibilidad que se verá reflejada a través del respeto, confidencialidad, cortesía, comprensión, igualdad y respeto a las percepciones, creencias y/o costumbres que posee cada usuaria.

2.2.2. Accesibilidad

El acceso a servicios de salud se identifica como la capacidad para conseguir atención médica cuando se necesita. Es un término general que es afectado por todo, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos, hasta los seguros médicos y el costo de la atención médica. El acceso puede ser afectado por la falta de transportación y por barreras culturales y de idioma, entre otras cosas.

El acceso a la atención médica, o la falta de dicho acceso, tiene consecuencias importantes sobre la morbilidad y la mortalidad.

(33)

El término accesibilidad, proviene de acceso, acción de llegar y acercarse, o bien entrada o paso. La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Como concepto, es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar para el objetivo con que fueron construidos, las casas, tiendas, teatros, parques y espacios públicos, las oficinas públicas, los lugares de trabajo, etc., y en caso necesario ser evacuado en condiciones de seguridad. La accesibilidad es la condición necesaria para permitir a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que la infraestructura construida ha sido concebida. (34)

En el sector salud debemos considerar el concepto de “accesibilidad” entendiéndose al mismo como el vínculo que existe entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de una combinación entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos, y se manifiesta mediante la utilización o no de los servicios” (35)

Si entendemos la accesibilidad como el derecho de uso de la ciudad y sus servicios sin restricción alguna por todos sus habitantes, sin importar su estatura, peso, edad, género, cultura, o discapacidad, podremos darnos cuenta del impacto de aquello que el arquitecto Huerta denomina “la dimensión desconocida”. Y es que en efecto, se trata de un tema del que no solemos percatarnos y que es absolutamente transversal a todas las áreas en que se desenvuelve el ser humano: educación, salud, higiene, trabajo, vivienda, seguridad social, transporte, comunicaciones, sistemas de información, ocio, recreación, deportes, cultura, diseño arquitectónico, diseño urbanístico, diseño de interiores, entre otras. (34)

Uno de los indicadores más frecuentemente utilizado en esta materia ha sido el tiempo de transporte real asociado a la distancia. Sin embargo, el “valor del tiempo” será diferente para

los distintos grupos sociales, dependiendo de su autonomía, responsabilidad con terceros, empleo-desempleo, aspectos familiares y sociales, entre otros. (36-35)

A. Accesibilidad Social

Básicamente, las barreras de accesibilidad se dividen en dos grandes grupos: las presentes en el entorno físico (en la naturaleza) y las futuras artificialmente por la sociedad.

Estas últimas, creadas por el hombre, pueden ser de varios tipos: psicológicas, culturales, arquitectónicas, urbanísticas, de comunicación e información, etc. Las ayudas técnicas permiten eliminar algunas barreras físicas, pero las barreras psicológicas o sociales sólo pueden ser eliminadas mediante la educación y la cultura.

El análisis de los factores sociales y su incidencia en diferentes problemáticas y fenómenos, es común en muchos estudios; sin embargo, en éstos se observa una tendencia a no definir conceptualmente lo que se entiende como tales y a tratarlos indistintamente como: elementos, aspectos, condiciones, situaciones, procesos, instituciones, actores participantes en la realidad donde se concretan. En la utilización del término factores sociales se puede encerrar un facilismo que contenga cualquier cosa, en cuyo sentido no precisaría de ser definida. No obstante, su creciente utilización hace necesario dejar a un lado la vaguedad del término y darle una definición que ayude a entender qué se esconde detrás del mismo. (37)

Es por esto que el uso de los servicios de salud estará influenciado por las percepciones culturales, entendiéndose a éstas como un proceso biocultural donde entran en juego estímulos físicos y sensaciones que son seleccionados y

organizados voluntaria e involuntariamente, y que estarán influenciados por las vivencias personales y las estructuras culturales, ideológicas e históricas de la sociedad de la que forma parte cada persona. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales. (36)

a. Edad

Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad. (38)

b. Grado de instrucción

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado. (38)

c. Creencias

Una creencia es aquello en lo que creemos fielmente o también puede ser la opinión que alguien dispone en relación algo o alguien. Estos son los dos usos que le atribuimos a este concepto en nuestra lengua.

Lo que creemos acerca de las cosas normalmente nos surge de la experiencia adquirida en la vida y que entonces hace que creamos que tal cosa se produce por esto o por aquello, o que es el resultado de tal accionar. Pero también lo que elegimos creer sobre algo o alguien puede estar determinado por la influencia que hayamos recibido de un modelo cercano. (39)

En una creencia, todas las personas que compartan dicho deseo darán por correcta una proposición y actuarán como si fuese verdadera, aunque no lo sea. Una creencia puede tener base empírica o no tenerla. Por otro lado, también es cierto que las fuentes de las que provienen las creencias son variadas, pudiendo ser externas cuando se originan en explicaciones dadas por la gente para la comprensión de ciertos fenómenos; o internas, cuando surgen del propio pensamiento y convicciones.

Es la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y las recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco. (39)

d. Información recibida

- **Fuentes de información**

Se denominan fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento. Conocer, distinguir y seleccionar las fuentes de información adecuadas para el trabajo que se está realizando es parte del proceso de investigación.

El ciclo de la información es la progresión de la cobertura de un hecho de interés por los medios de comunicación y de información. (40)

- **Tipos de fuentes de información**

Dentro de las fuentes de información tenemos (41):

- **Interpersonales:** son aquellas que nos brindan información a través de las relaciones interpersonales y la socialización, podemos encontrar:
 - Familia: en ella el ser humano crece y se desarrolla en este ambiente sus miembros deben mantener relaciones interpersonales, compartiendo y satisfaciendo sus necesidades básicas constituye también un vínculo transmisor de información y educación.
 - Amigos: los amigos proveen compañía, recreación, información, además ejercen influencia en la conducta de conocimientos y valores.
- **Masiva:** Las fuentes de información masiva lo constituyen los medios de comunicación social los cuales brindan información, teniendo gran cantidad de receptores.
 - Televisión: Juega un papel fundamental en la socialización, tanto en la adquisición de información como en la adopción de modelos de comportamiento y actitudes. A través de sus

mensajes y contenidos configuran y crean opiniones, formas de pensar y actuar.

- Radio: La radio se ha convertido en un elemento comercial, ya que es accesible para todos y sobre todo existen diferentes emisoras que son dirigidas aun publico dividido por sus gustos y preferencias dependiendo de sus necesidades ya sean estas las de se, escuchar música o informarse.
- Internet: En la actualidad se ha convertido en la herramienta perfecta para obtener información sobre diversos temas a nivel mundial, accediendo una gran cantidad a información que es confiable y no confiable.

e. Religión

La religión es también un conjunto de principios, creencias y prácticas de las doctrinas religiosas, sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural, basadas en los libros sagrados, que unen a sus seguidores en la misma comunidad moral. Todos los tipos de religiones tienen sus bases y fundamentos, algunas se basan en diversas corrientes filosóficas que intentan explicar quiénes somos y por qué hemos venido al mundo. Otras destacan por la fe y otras por extensas enseñanzas éticas. La religión, en sentido figurado, significa cualquier actividad que se realiza con una frecuencia rígida. (42)

Las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX y sobre todo

en el último decenio, existiendo una amplia lista de trabajos, algunos de ellos citados en otras publicaciones (Fernández-Ríos y García Fernández, 2000), y que incluyen variados aspectos, que toman desde la evolución positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones de salud, entre los que se encuentran: la relevancia que tiene la religión para recuperación como , el pronóstico del cáncer (la reducción de la ansiedad , el alivio de la depresión (y de los eventos estresantes en general), además de otros aspectos más específicos. (43)

f. Estado civil

Comprende las categorías siguientes: (44)

- Conviviente (unión de hecho), es la persona que vive con su cónyuge sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
- Separado (de matrimonio o de convivencia), es la persona que está separada de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.
- Casado, es la persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.
- Viudo (de matrimonio o de convivencia), es la persona que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar, ni vive en unión de hecho o convivencia.
- Divorciado, es la persona que terminó su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia.

- Soltero, es la persona que nunca se ha casado ni ha vivido, ni vive en unión de hecho o convivencia.

g. Número de hijos

Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo. (45)

h. Conocimiento

Debe definirse como los niveles de información que un individuo tiene acerca de una materia e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. Corresponde en sí a una de las facultades sensoriales del hombre. Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga consciente las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas. (46)

i. Educación e información

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes

que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. (47)

B. Accesibilidad Económica

Son los relacionados con el comportamiento de la economía, el flujo de dinero, de bienes y servicios, tanto a nivel nacional o internacional. Se considera la política monetaria y fiscal de los gobiernos, el nivel de ingresos, el producto interno bruto, el ahorro, la inversión, los precios, el nivel de empleo, etc. (48).

a. Trabaja

La condición laboral de la persona económicamente activa dentro de una empresa o establecimiento.

b. Ocupación (49)

- **Empleado:** Incluye todas las personas que trabajan para patronos y que reciben una remuneración por su trabajo en forma de salario, comisiones, propinas, pagos a destajo o en especie. Pueden ser empleados u obreros del sector público o del sector privado.
- **Trabajador independiente:** Es aquél que explota por su propia cuenta una profesión u oficio con o sin ayuda del grupo familiar y recibe pago por sus servicios.

- **Trabajador dependiente:** Es la persona que trabaja realizando los oficios, por los cuales recibe una remuneración.
- **Desempleado:** Éste se asocia a un estado de salud deficiente, limitación en actividades, enfermedades, discapacidades y aumento en las visitas médicas que las personas empleadas.

La organización mundial de la salud mostró que los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica causan problemas de salud mental significativa y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades. (49)

c. Afiliado a un sistema de salud

Es la Pertenencia a sistemas de atención de salud al que se halla afiliada una familia sin importar el número de miembros en una familia.

El Sistema de Salud hace referencia no sólo a la atención médica, sino también a todos los factores vinculados directa o indirectamente con problemas de la salud, como vivienda, saneamiento, accesibilidad a los sistemas de atención, alimentación, etc. Su evaluación no es una tarea sencilla, ya que la misma no puede ser expresada exclusivamente a través de los resultados, en la medida en que éstos están influenciados fuertemente por el nivel de riesgo de la población que se asiste.

Pertenencia o asociación a sistemas de atención de la salud la adhesión o asociación obligatoria o voluntaria a algún sistema de atención de la salud no indica "per sé" cobertura real; sin

embargo, establece mecanismos de accesibilidad a los servicios de salud.

Se investiga bajo las categorías siguientes:

- Seguro Integral de Salud (SIS).
- Seguro Social de Salud. (ESSALUD)
- Otros, incluye aquellos tipos de seguros de salud de las fuerzas armadas y policiales, privados, etc.

d. Ingreso familiar

Hace referencia a la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado. Son fuente de ingresos económicos, sueldos, salarios dividendos ingreso por intereses otros.

Los Ingresos Familiares se definen como la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie. En este marco, los dos principales conceptos de ingreso familiar son el ingreso total del hogar y el ingreso disponible del hogar. (50)

e. Geográfica

Posibilidades que tienen las personas para poder emplear diferentes formas de acceso dirigidas a una determinada área geográfica ,nos estamos refiriendo a la distancia de los centros de salud; junto a ella debemos considerar el tiempo de transporte real, que está asociado a la disponibilidad y tipo de transporte, calidad de las rutas y caminos, entre otros. Este tiempo de transporte, sumado al tiempo de espera en el centro de salud para ser atendido, presenta una gran correlación con la percepción de la población del estado de accesibilidad real y

de satisfacción. Al determinar la accesibilidad geográfica, la distancia del hogar de los usuarios a los establecimientos de salud MINSA fue medida en función del tiempo que se requiere para llegar a ellos.(51)

f. Lugar de residencia

Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate. Éste no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho vital o su residencia legal. Para los efectos de la tabulación, el lugar de residencia debe determinarse: para nacidos vivos, defunciones fetales y menores de un año, el lugar de residencia de la madre. Para defunciones generales, el lugar de residencia del fallecido. Para los matrimonios, el lugar de residencia de los contrayentes. (52)

• Medio de transporte

El traslado es, la movilidad de una persona. Este término se utiliza frecuentemente para nombrar al desplazamiento de un lugar a otro”. (53).Dentro de los medios de transporte tenemos:

- Transporte terrestre: El transporte terrestre es aquel cuyas redes se extienden por la superficie de la tierra. Ya a que en la actualidad hay demasiada población, las autoridades se vieron en la necesidad de crear el transporte urbano para el alto numero de habitantes y también por la necesidad en que se ven obligados a recorrer distancias largas. Ya sea un autobús o combi.

- Traslado a pie:
Moverse o trasladarse de un lugar a otro dando pasos (desde su domicilio a un establecimiento de salud).

- **Tiempo de traslado a un servicio de salud**

Es la acción y efecto de recorrer atravesar un espacio, efectuar un trayecto .El término también se utiliza para nombrar al espacio que alguien o algo recorren, ha recorrido o recorrerá.
(54)

2.2.3. Papanicolaou

A. Definición

Es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre cancerosas y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico, la toma de muestra se la realiza con una espátula de ayre, escobilla o hisopo de algodón no reabsorbible de la zona escamo-columnar del cerviz, el examen tiene una sensibilidad de 80 – 87 % y una especificidad de 99.8%, la excelente. El proceso implica raspar ligeramente el cuello uterino para obtener unas células, y ponerlas en una lámina de vidrio, que se envía al laboratorio para que el personal técnico capacitado analice la estructura celular, los beneficios de la citología de Papanicolaou están en función de la calidad con la que se toma la muestra, se fija, se transporta y se hace la lectura de dicha prueba, siendo fundamental la formación teórica y práctica de los profesionales implicados. El examen de Papanicolaou es una citología exfoliativa del cuello uterino, considerada como una prueba eficaz para reducir la incidencia y la mortalidad; pero los principales factores

limitantes incluyen su baja cobertura tanto en disponibilidad como en utilización de los servicios de salud, en particular en las áreas rurales, así como la mala calidad del frotis y de su interpretación, el deficiente seguimiento de las mujeres que requieren mayor evaluación y tratamiento si las mujeres se someten a estas pruebas de forma periódica, la incidencia y la mortalidad por cáncer cervical podría reducirse drásticamente.(55)

Una prueba de Papanicolaou puede detectar el cáncer de cuello uterino, así como las células cervicales normales que pueden convertirse en cáncer, según el departamento de salud y servicios humanos de estados unidos. También se puede detectar algunas infecciones.(56)

El Papanicolaou es un examen que detecta el cáncer cervical y del que depende la cura de este mal. Todas las mujeres que tienen una vida sexual activa deben hacerse este examen, al menos una vez al año. Tan importante es el resultado de la prueba, que puede detectar signos peligrosos antes de que se haya contraído el cáncer.

Cuando el Papanicolaou detecta anomalías o incluso la enfermedad en sus primeros estadios, la cura es casi un hecho, pues todavía el daño es reversible. Es por eso, que es importantísimo estar en un control constante con un ginecólogo. (57)

B. Frecuencias

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS), recomienda la realización del examen de papanicolau; cada tres años en mujeres de 20 - 40 años de edad que pertenezcan al grupo de bajo riesgo y con resultados negativos; en mujeres con

alto riesgo se les recomienda cada año incluyendo mujeres de 18 años con inicio o no de relaciones sexuales. En mujeres mayores de 40 años, el estudio se realiza anualmente y en casos de tres o más pruebas normales se efectúan cada tres años. (55)

C. Descripción

Esta prueba consiste en extraer una muestra de células, normalmente del cérvix uterino, y examinarla en el laboratorio para determinar la presencia y extensión de células anormales.

El procedimiento también se llama citología exfoliativa, o prueba de células para el cáncer. Aunque esta prueba se conoce sobre todo como una herramienta en el diagnóstico de cáncer cervical y condiciones precancerosas del cervix y el útero, también se puede usar para identificar infecciones debidas al herpes y clamidia, y para evaluar el desequilibrio entre estrógenos y progesterona. (58)

D. Resultados (59)

a. Normal

Un resultado normal significa que no se detectaron cambios celulares en su cuello uterino. Esto es una buena noticia. De todas formas, todavía debe seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou en el futuro. Todavía pueden formarse nuevos cambios celulares en su cuello uterino.

b. Incierto

Es común que los resultados de las pruebas regresen como inciertos. Es posible que su médico use otras

palabras para describir este resultado como: equívoco, inconcluso, o ASC-US. Todos estos términos significan lo mismo: que las células de su cuello uterino parece que podrían ser anormales. No está claro si está relacionado con el Virus de papiloma humano. Podría estar relacionado con cambios de vida, por ejemplo, embarazo, menopausia o una infección. La prueba del Virus de papiloma humano, puede ayudar a determinar si los cambios en sus células están relacionados con el Virus de papiloma humano.

c. Anormal

Un resultado anormal significa que se detectaron cambios celulares en su cuello uterino. Por lo general, esto no quiere decir que tiene cáncer de cuello uterino. Es probable que los cambios anormales sean ocasionados por el VPH. Los cambios podrán ser leves (grado bajo) o graves (grado alto). La mayoría de las veces, los cambios leves regresan a la normalidad por su propia cuenta. No obstante, los cambios más graves pueden convertirse en cáncer si no se eliminan. Los cambios más graves a menudo se llaman "precáncer", porque todavía no son cáncer pero pueden convertirse en cáncer con el tiempo. Es importante asegurarse de que estos cambios no empeoren.

Son muy raros los casos en que una prueba de Papanicolaou anormal puede mostrar que puede tener cáncer. Usted necesitará otras pruebas para estar segura. Mientras más pronto se detecte el cáncer de cuello uterino, más fácil será tratarlo.

E. Contraindicaciones

Dentro de las contraindicaciones para la toma de la muestra para el examen está: la presencia de sangrado menstrual o hemorragia transvaginal, la toma con cepillo colector esta contraindicada en la mujer embarazada sólo se hará la toma en el exocérvix, no debe realizarse aseos vaginales antes de asistir al examen, no debe haber tenido relaciones sexuales durante las 24 hrs, previas a la toma de la muestra, en caso de estar utilizando tratamientos cervicales tópicos (óvulos), éstos deben suspenderse una semana antes.

F. Criterios de medición

a. Cumple

Se refiere a la acción y efecto de cumplir con determinada cuestión o con alguien. En tanto, por cumplir, se entiende hacer aquello que se prometió o convino con alguien previamente que se haría en un determinado tiempo y forma, es decir, la realización de un deber o de una obligación. El cumplimiento es una cuestión que se encuentra presente en casi todos los órdenes de la vida, en el laboral, en el personal, en el social, en lo político, en el mundo de los negocios, entre otros, porque siempre, independientemente de sujetos, objetos y circunstancias, aparecerá este tema. (60)

El cumplimiento con respecto al examen de Papanicolaou; hace referencia a que no debe ser repudiado por ellas sino más bien aceptable debido a la importancia que tiene en su salud, asimismo el servicio que se brinde debe ser eficiente para obtener la adherencia y aceptación al examen.(61)

b. No cumple

Se definió con incumplimiento al programa de detección de cáncer cervical a quienes nunca se habían realizado un estudio de Papanicolaou o que hubieran dejado transcurrir más de tres años desde la última citología cervical (62)

2.2.4 Cáncer cervicouterino

A. Definición:

El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio de cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal. (63)

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz). Algunas veces se le llama cérvix uterino. El feto crece en el cuerpo del útero (la parte superior). El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y si da a luz. (64)

B. Signos y síntomas

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y pre cánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
 - Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
 - Dolor durante las relaciones sexuales (coito). Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino.
- (65)

C. Pruebas y exámenes (66)

Los cambios pre canceroso del cuello uterino y el cáncer cervical no se pueden ver a simple vista. Se necesitan exámenes y herramientas especiales para descubrir tales enfermedades.

- Una citología vaginal detecta pre cánceres y cáncer, pero no ayuda a hacer el diagnóstico final.
- Si se encuentran cambios anormales, generalmente se examina el cuello uterino bajo aumento o ampliación microscópica.
- Este procedimiento se denomina colposcopia. Durante este procedimiento, se extraen fragmentos de tejido en forma quirúrgica (biopsia) y se envían al laboratorio para su análisis.
- También se puede realizar un procedimiento llamado cotización quirúrgica.

Si se diagnostica cáncer cervical, el médico ordenará más exámenes, los cuales ayudan a determinar qué tan lejos se ha diseminado. Esto se denomina estadificación.

Los exámenes pueden abarcar:

- Radiografía del tórax.
- Colposcopia.
- Tomografía computarizada de la pelvis.
- Cistoscopia.
- Pielografía intravenosa (PIV).
- Resonancia magnética de la pelvis.
- Biopsia en sacabocados y legrado endocervical.

D. Tratamiento (66)

El tratamiento del cáncer cervical depende de:

- La etapa o estadio del cáncer
- El tamaño y forma del tumor
- La edad y salud general de la mujer
- Su deseo de tener hijos en el futuro

El cáncer cervical precoz se puede curar con la extirpación o destrucción de los tejidos precancerosos o cancerosos. Existen diversas formas quirúrgicas de hacer esto sin extirpar el útero ni dañar el cuello uterino, de tal manera que la mujer pueda aún tener hijos en el futuro.

Los tipos de cirugía para el cáncer cervical precoz comprenden:

- Procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés), que utiliza electricidad para extirpar el tejido anormal.
- Conización, es la operación que se practica para extirpar una porción del Exocervix y Endocervix, su amplitud dependerá de la anatomía cervical, NIC I, NIC II, NIC III.
- Crioterapia, que congela las células anormales.
- Terapia con láser, que utiliza luz para cauterizar el tejido anormal.
- Una histerectomía (cirugía para extirpar el útero pero no los ovarios) a menudo no se lleva a cabo para el cáncer cervical

que no se ha diseminado. Se puede practicar en mujeres que se hayan sometido a procedimientos LEEP repetitivos.

- Histerectomía radical, con la cual se extirpa el útero y mucho de los tejidos circundantes, que incluyen los ganglios linfáticos y la parte superior de la vagina.
- Evisceración pélvica, un tipo extremo de cirugía en la cual se extirpan todos los órganos de la pelvis, incluidos la vejiga y el recto.

Es posible utilizar la radioterapia para tratar los casos en que el cáncer se ha diseminado más allá del cuello uterino o el cáncer que ha reaparecido.

La quimioterapia utiliza medicamentos para destruir el cáncer. Se puede administrar sola o con cirugía o radiación.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Mujer en Edad fértil

Se entiende por edad fértil en una mujer, al período de tiempo donde está propensa a quedar embarazada. Este período se inicia con la menarquia a los 15 años y finaliza con la menopausia a los 50.

Obviamente este patrón no es rígido para todas las mujeres; no obstante, la gran mayoría (entre un 97 y un 99%) de los nacimientos se produce durante este intervalo de 35 años. (67)

2.3.2. Centro de Salud Alto Selva Alegre

Centro de salud es el establecimiento del primer nivel de atención de salud, en sus componentes de: promoción, prevención y recuperación. Brinda consultoría médica

ambulatoria diferenciada en los consultorios de medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y odontología. (68)

Los Centros de Salud son los espacios de atención primaria en las pequeñas comunidades así como también en los distritos barriales y municipales.

Los Centros de Salud son una versión reducida o simplificada de los hospitales y de los sanatorios ya que si bien cuentan con los elementos y recursos básicos para las curaciones, no disponen de grandes tecnologías ni de espacios complejos que sí existen en hospitales. El objetivo principal de los centros de salud es el de brindar la atención más primaria y urgente ante situaciones de salud que deben ser tratadas. (69)

El Centro de Salud Alto Selva Alegre es un establecimiento del Ministerio de Salud, categoría I-3, ubicado en la av. España #301, Alto Selva Alegre, provincia y departamento de Arequipa.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre accesibilidad socio-económica, geográfica y Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Alto Selva Alegre

2.4.2. Hipótesis Específicas

H₁: Existe accesibilidad social en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre , Arequipa 2014..

H₀: No existe accesibilidad social en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre , Arequipa 2014..

H₂: Existe accesibilidad económica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₀: Existe accesibilidad económica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₃: Existe accesibilidad geográfica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₀: No existe accesibilidad geográfica en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₃: Las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre cumplen con el examen de Papanicolaou.

H₀: Las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre no cumplen con el examen de Papanicolaou.

H₄: Existe relación existe entre la accesibilidad social y el cumplimiento del examen de PAP la en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₀: No Existe relación existe entre la accesibilidad social y el cumplimiento del examen de PAP la en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₅: Existe relación entre la accesibilidad económica y el cumplimiento del examen de PAP la en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₀: No existe relación entre la accesibilidad económica y el cumplimiento del examen de PAP la en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₆: Existe relación entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento del examen de PAP la en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

H₀: No existe relación entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento del examen de PAP la en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014..

2.5. VARIABLES

A. Variable X: Accesibilidad

a. Indicadores

- Social
- Económica
- Geográfica

B. Variable Y: Papanicolaou

a. Indicadores

- Cumple
- No cumple

2.5.1 Definición conceptual de la variable

A. Accesibilidad

El término accesibilidad, proviene de acceso, acción de llegar y acercarse, o bien entrada o paso. La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Como concepto, es la condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar para el objetivo con que fueron construidos., La accesibilidad es la condición necesaria para permitir a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que la infraestructura construida ha sido concebida. (19)

B. Accesibilidad Social

Básicamente, las barreras de accesibilidad se dividen en dos grandes grupos: las presentes en el entorno físico (en la naturaleza) y las futuras artificialmente por la sociedad. Estas últimas, creadas por el hombre, pueden ser de varios tipos: psicológicas, culturales, arquitectónicas, urbanística, de comunicación e información, etc. Las ayudas técnicas permiten eliminar algunas barreras físicas, pero las barreras psicológicas o sociales sólo pueden ser eliminadas mediante la educación y la cultura.

El análisis de los factores sociales y su incidencia en diferentes problemáticas y fenómenos, es común en

muchos estudios; sin embargo, en éstos se observa una tendencia a no definir conceptualmente lo que se entiende como tales y a tratarlos indistintamente como: elementos, aspectos, condiciones, situaciones, procesos, instituciones, actores participantes en la realidad donde se concretan. En la utilización del término factores sociales se puede encerrar un facilismo que contenga cualquier cosa, en cuyo sentido no precisaría de ser definida. No obstante, su creciente utilización hace necesario dejar a un lado la vaguedad del término y darle una definición que ayude a entender qué se esconde detrás del mismo. (22)

C. Accesibilidad Económica

Son los relacionados con el comportamiento de la economía, el flujo de dinero, de bienes y servicios, tanto a nivel nacional o internacional. Se considera la política monetaria y fiscal de los gobiernos, el nivel de ingresos, el producto interno bruto, el ahorro, la inversión, los precios, el nivel de empleo, etc. (33)

D. Accesibilidad Geográfica

Posibilidades que tienen las personas para poder emplear diferentes formas de acceso dirigidas a una determinada área geográfica, nos estamos refiriendo a la distancia de los centros de salud; junto a ella debemos considerar el tiempo de transporte real, que está asociado a la disponibilidad y tipo de transporte, calidad de las rutas y caminos, entre otros. Este tiempo de transporte, sumado al tiempo de espera en el centro de salud para ser atendido, presenta una gran correlación con la percepción de la población del estado de accesibilidad real y de satisfacción. Al determinar la accesibilidad geográfica, la distancia del

hogar de los usuarios a los establecimientos de salud MINSA fue medida en función del tiempo que se requiere para llegar a ellos.(36)

E. Papanicolaou

Es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre cancerosas y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico, la toma de muestra se la realiza con una espátula de ayre, escobilla o hisopo de algodón no reabsorbible de la zona escamo-columnar del cerviz, el examen tiene una sensibilidad de 80 – 87 % y una especificidad de 99.8%, la excelente. (40)

Una prueba de Papanicolaou puede detectar el cáncer de cuello uterino, así como las células cervicales normales que pueden convertirse en cáncer, según el departamento de salud y servicios humanos de estados unidos. También se puede detectar algunas infecciones.(41)

Es por eso, que es importantísimo estar en un control constante con un ginecólogo. (42)

2.5.2 Definición operacional de la variable

A. Accesibilidad

Es el grado en que una persona puede hacer uso de un servicio, de llegar, acercarse. Y que a su vez se puede ver afectada por muchos factores que obstaculizan la posibilidad de llegar, entrar o salir y utilizar el servicio.

a. Accesibilidad social

Son todas aquellas condiciones como la edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos, conocimientos, educación e información situaciones que influyen en la persona producto de la interrelación, vivencias personales, ideologías, cultura de la que forma parte y con la que concibe otra realidad. El que será recopilado en un cuestionario, a través de una encuesta.

b. Accesibilidad económica

La accesibilidad económica se puede definir por el ingreso económico, que se derivan del trabajo, ocupación, bienes, que tiene una persona .Y que estos definen el estatus económico de cada persona por el ingreso familiar y la afiliación a un sistema de salud y la posibilidad de hacer uso de diferentes servicios, objetos, u otros, los datos se recopilaran en un cuestionario a través de la encuesta.

c. Accesibilidad geográfica

La accesibilidad geográfica se define como la posibilidad de poder alcanzar un lugar para residencia partir de uno o varios otros lugares, por la persona y el tiempo que demora en trasladarse a un servicio de salud, solo o con la ayuda de todos Y/o algunos de los medios de transporte. Los datos se recopilaran en un cuestionario a través de la encuesta.

B. Papanicolaou

Es un examen que se emplea para detectar a tiempo la aparición de cáncer cáncer de cuello uterino mediante la

presencia de células patológicas, este examen se realiza a las mujeres que iniciaron su actividad sexual.

El examen consiste en la toma de células epiteliales en la zona de transición del cuello uterino, no es doloroso, se siente como un leve pellizco, pero vale la pena, ya que en tan sólo en unos minutos el especialista puede detectar anomalías en el cérvix. Esto, al introducir un aparato llamado espéculo, el cual se coloca dentro de la vagina, para tomar muestras de las células. Será evaluado como cumplimiento o incumplimiento de la adherencia al examen.

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable X ACCESIBILIDAD	Social	Edad Grado de instrucción. Procedencia Creencias Religión Estado civil Numero de hijos Conocimientos Educación e información
	Económica	Trabaja Ocupación Afiliado a un sistema de salud Ingreso familiar
	Geográfica	Lugar de residencia Tiempo de traslado a un servicio de salud Medio de transporte
Variable Y PAPANICOLAU	Cumple	En el último año
	No cumple	Nunca se tomo Más de 3 años

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación será descriptivo correlacional causal, que pertenece al paradigma positivista, al enfoque cuantitativo porque medirá las variables de estudio, corresponde al método expos facto. Según el número de variables será un estudio bivariado según el número de mediciones será un estudio transversal, según la temporalidad será un estudio prospectivo, según el lugar donde se realizara la investigación será un estudio de campo ,será una investigación científica porque se basa en teorías, principios y categorías ya estudiadas.(52)

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Centro de Salud Alto Selva Alegre es un establecimiento del Ministerio de Salud de categoría I-3, ubicada en la av. España #301, del distrito de Alto Selva Alegre, provincia y departamento de Arequipa.

Cuenta con una cartera de servicios en medicina, enfermería, odontología, psicología, nutrición, niño sano, obstetricia, laboratorio, farmacia, con atención de 12 horas diarias de lunes a domingo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población conformada por mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que son atendidas en el Centro de Salud Alto Selva alegre de 776 mujeres.

3.3.2. Muestra

La muestra fue de 257 mujeres de 15 a 49 años del Centro de Salud Alto Selva Alegre.

$$n = \frac{Z \cdot a^2 \times N \times p \times q}{E^2 (n-1) + EPQ}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 776 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (775) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{745.2704}{1.9375+0,9604}$$

$$n = \frac{745 .2704}{2,8654}$$

$$n = 257,3$$

La muestra de 257 mujeres.

- **Criterios de Inclusión**

- Mujeres con vida sexual activa
- Mujeres en edad fértil
- Con residencia en la jurisdicción.
- Consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión**

- Mujeres sin vida sexual activa
- Mujeres menores de 15 y mayores de 49
- Con residencia en otro lugar
- Mujeres con patología oncológica
- Mujeres que no deseen participar.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

La técnica a emplear para la investigación fue:

- Para ambas variables: encuesta.

3.4.2. Instrumentos

- Para ambas variables X y Y, un cuestionario (Apéndice 1), Instrumento elaborado por la investigadora y validado por juicio de expertos.

Número de ítems: 25

Cuenta con las siguientes secciones:

- I. Primera sección : de datos sociales (15)
- II. Segunda sección : de datos económicos (4)

III. Tercera sección : de datos geográficos (3)

IV. Datos relacionados a Papanicolaou. (3)

La valoración se realizará:

- Para el grado de accesibilidad .
 - Accesible: 13 a 25
 - No accesible :o a 12

- Para el Papanicolaou:
 - Cumple : Papanicolaou en el ultimo año
 - No cumple : No se tomo

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez: La validez se realizó mediante un juicio de expertos en el tema.

Confiabledad: Fue mediante la aplicación de prueba piloto en el 10% de mujeres en edad fértil en el Centro de Salud Alto Selva Alegre: 25 encuestas a mujeres.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenidos los permisos correspondientes se inició el trabajo investigación, aplicando los instrumentos diseñados

Una vez recolectados los datos, las fichas fueron codificadas y luego digitadas. Dicha información, se procedió utilizando los Programas Microsoft Excel y Word, así como otros programas estadísticos necesarios.

CAPITULO IV: RESULTADOS

ACCESIBILIDAD SOCIAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2014.

TABLA 1
EDAD DE LAS MUJERES

Edad	N° Mujeres	Porcentaje
12 a 17 años	44	17%
18 a 29 años	181	70%
30 a 49 años	32	13%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, la edad de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, es de 18 a 29 años en un 70%(181), de 12 a 17 años en un 17%(44) y de 30 a 49 años en un 13%(32).

TABLA 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES

Grado de Instrucción	N° Mujeres	Porcentaje
Ninguno	9	4%
Primaria Completa	43	16%
Primaria Incompleta	21	8%
Secundaria Completa	117	45%
Secundaria Incompleta	61	22%
Superior Técnica	6	5%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, el grado de instrucción de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, es secundaria completa en un 45%(117), Secundaria incompleta en un 22%(61), primaria completa en un 16%(43), primaria incompleta 8%(21), superior técnica 5%(6) y ninguno 4%(9).

TABLA 3

PROCEDENCIA DE LAS MUJERES

Procedencia	N° Mujeres	Porcentaje
Arequipa	43	17%
Puno	18	7%
Moquegua	11	4%
Cuzco	39	15%
Lima	87	34%
Otro	59	23%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, la procedencia de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, son de Lima en un 34%(87), Otros en un 23%(59), Arequipa en un 17%(43), Cuzco en un 15%(39), Puno en un 7%(18) y Moquegua 4%(11).

TABLA 4
RELIGION DE LAS MUJERES

Religión	N° Mujeres	Porcentaje
Católica	129	50%
Evangélica	87	33%
Otra	36	13%
Ninguna	5	4%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, la religión de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, son católicas en un 50%(129), evangélicas en un 33%(87), Otros en un 13%(36) y Ninguna 4%(5).

TABLA 5

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES

Estado Civil	N° Mujeres	Porcentaje
Soltera	28	11%
Casada	36	14%
Conviviente	178	68%
Divorciada	15	7%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 5, el estado civil de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, son convivientes en un 68%(178), casadas en un 14%(36), solteras en un 11%(28) y divorciadas 7%(15).

TABLA 6

NÚMERO DE HIJOS CIVIL DE LAS MUJERES

N° de hijos	N° Mujeres	Porcentaje
Uno	45	18%
Dos	87	34%
Más de dos	125	48%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 6, el Número de hijos de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, tienen más de dos hijos en un 48%(125), dos hijos en un 34%(87) y con un hijo 18%(45).

TABLA 7

ES IMPORTANTE EL PAPANICOLAU

Es importante	N° Mujeres	Porcentaje
Si	64	25%
No	193	75%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 7, ante la pregunta si el papanicolau es importante, respondieron las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, No en un 75%(193), y Si en un 25%(64).

**CARACTERIZAR LA ACCESIBILIDAD ECONÓMICA EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE,
AREQUIPA 2014.**

TABLA 8

TRABAJAN

Trabaja	N° Mujeres	Porcentaje
Si	160	62%
No	97	38%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 8, ante la pregunta si trabajan las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Si en un 62%(160), y No en un 38%(97).

TABLA 9

OCUPACIÓN

Ocupación	N° Mujeres	Porcentaje
Desempleada	79	31%
Ama de casa	111	43%
Negocio propio	41	16%
Trabajo independiente	26	10%
Otros	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 9, ante la pregunta sobre su ocupación de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron amas de casa en un 43%(111), desempleadas en un 31%(79), con negocio propio en un 16%(41) y trabajo independiente en un 10%(26).

TABLA 10

SEGURO

Seguro	N° Mujeres	Porcentaje
SIS	65	26%
ESSALUD	64	24%
Ninguno	128	50%
Otro	0	0%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 9, ante la pregunta sobre su seguro social de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Ninguno en un 50%(128), SIS en un 26%(65), ESSALUD en un 24%(64), y otros en un 0%(0).

TABLA 11

INGRESO FAMILIAR

Ingreso Familiar	N° Mujeres	Porcentaje
Menos de 500	139	54%
501 a 1000	74	29%
1001 a 1500	36	14%
1501 a 2000	8	3%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 11, ante la pregunta sobre su ingreso familiar de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Menos de 500 soles en un 54%(139), de 501 a 1000 soles en un 29%(74), 1001 a 1500 soles en un 14%(36) y de 1501 a 2000 soles en un 3%(8).

**CARACTERIZAR LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE,
AREQUIPA 2014.**

**TABLA 12
LUGAR DE RESIDENCIA**

Lugar de Residencia	N° Mujeres	Porcentaje
Urbano	190	74%
Periurbano	67	26%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 12, ante la pregunta sobre su lugar de residencia de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Urbano en un 74%(190) e Interurbano en un 26%(67).

TABLA 13

MEDIO DE TRASLADO

Medio de traslado	N° Mujeres	Porcentaje
A pie	79	31%
Combi	143	56%
Particular	27	11%
Taxi	8	2%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 13, ante la pregunta sobre su Medio de traslado de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Combi en un 56%(143), a pie en un 31%(79), particular en un 11%(27) y Taxi en un 2%(8).

TABLA 14

TIEMPO DE TRASLADO

Tiempo de traslado	N° Mujeres	Porcentaje
Menos de 15 minutos	74	29%
Más de 15 minutos	96	37%
Más de 30 minutos	87	34%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 14, ante la pregunta sobre su tiempo de traslado de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron más de 15 minutos en un 37%(96), más de 30 minutos en un 34%(87) y menos de 15 minutos en un 29%(74).

**CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE,
AREQUIPA 2014.**

TABLA 15

EL PAPANICOLAU ES UNA PRUEBA

El Papanicolaou es una prueba	N° Mujeres	Porcentaje
Si	150	58%
No	107	42%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 15, ante la pregunta sobre si el papanicolau es un a prueba las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Si en un 58%(150) y No en un 42%(107).

TABLA 16

CUMPLIÓ CON TOMARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAU

cumplió con tomarse la prueba	N° Mujeres	Porcentaje
Si	68	26%
No	189	74%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 16, ante la pregunta si cumplió con tomarse la prueba de papanicolau las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron No en un 74%(189) y Si en un 26%(68).

TABLA 17

SOBRE LA ÚLTIMA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

último Papanicolaou	N° Mujeres	Porcentaje
Ultimo año	21	8%
dos años	37	14%
Tres años	47	18%
Más de 5 años	88	34%
Nunca se tomó	64	26%
Total	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 17, ante la pregunta sobre la última prueba de Nicolau, las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron hace más de 5 años en un 34%(88), nunca se tomó en un 26%(64), hace tres años en un 18%(47), hace más de dos años en un 14%(37) y el último año en un 8%(21).

TABLA 18

ACCESIBILIDAD SOCIAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE PAP EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2014.

Accesibilidad social	Cumplimiento del examen PAP				Total	
	Cumple		No cumple		N°	%
	N°	%	N°	%		
Accesible	31	12%	58	23%	89	35%
No Accesible	37	14%	131	51%	168	65%
Total	68	26%	189	74%	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 18, en la dimensión accesibilidad social de las mujeres, las que no tienen accesibilidad social no cumplen con la prueba de papanicolau en un 51%(131) y las que tienen accesibilidad social cumplen con la prueba de papanicolau en un 12%(31). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad social y cumplimiento del examen de papanicolau.

TABLA 19

**ACCESIBILIDAD ECONÓMICA Y EL CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE
PAP EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD
ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2014.**

Accesibilidad económica	Cumplimiento del examen PAP				Total	
	Cumple		No cumple		N°	%
	N°	%	N°	%		
Accesible	47	18%	13	5%	60	23%
No Accesible	21	8%	176	68%	197	77%
Total	68	26%	189	74%	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 19, en la dimensión accesibilidad económica, las que no tienen accesibilidad económica, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 68%(176) y las que tienen accesibilidad económica cumplen con la prueba de papanicolau en un 18%(47). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad económica y cumplimiento del examen de papanicolau.

TABLA 20
ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA Y EL CUMPLIMIENTO DEL EXAMEN DE
PAP EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, DEL CENTRO DE SALUD
ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2014.

Accesibilidad geográfica	Cumplimiento del examen PAP					
	Cumple		No cumple		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Accesible	58	23%	27	10%	85	33%
No Accesible	10	3%	162	64%	172	67%
Total	68	26%	189	74%	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 20, en la dimensión accesibilidad geográfica, las que no tienen accesibilidad geográfica, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 64%(162) y las que tienen accesibilidad geográfica cumplen con la prueba de papanicolau en un 23%(58). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad geográfica y cumplimiento del examen de papanicolau.

TABLA 21

ACCESIBILIDAD SOCIO-ECONÓMICA, GEOGRÁFICA Y EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA 2014.

Accesibilidad socio-económica, geográfica	Cumplimiento del examen PAP					
	Cumple		No cumple		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Accesible	53	21%	47	18%	100	39%
No Accesible	15	5%	142	56%	157	61%
Total	68	26%	189	74%	257	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 21, en la accesibilidad socio-económica, geográfica, las que no tienen accesibilidad, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 56%(142) y las que tienen accesibilidad cumplen con la prueba de papanicolau en un 21%(53). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad socio-económica, geográfica y el cumplimiento del examen de papanicolau.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

H1: Existe relación directa y significativa entre accesibilidad socio-económica, geográfica y el examen de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.

Ho: No existe relación directa y significativa entre accesibilidad socio-económica, geográfica y el examen de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 6: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Accesibilidad socio-económica, geográfica	Examen Papanocolau
Accesibilidad socio-económica, geográfica	Correlación de Pearson	1	.876**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	115	115
Examen de Papanocolau	Correlación de Pearson	,876**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	115	115

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 6, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de (-,865), lo cual nos indica que existe una relación inversa significativa entre ambas variables: Accesibilidad socio-económica, geográfica y cumplimiento del examen de papanicolau, con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación directa y significativa entre accesibilidad socio-económica, geográfica y el examen de Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014.

CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS

En la accesibilidad socio-económica, geográfica, las que no tienen accesibilidad, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 56%(142) y las que tienen accesibilidad cumplen con la prueba de papanicolau en un 21%(53). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad socio-económica, geográfica y el cumplimiento del examen de papanicolau. Coincidiendo con COMUNIAN Y Cols. (2008) Concluyen que la prevalencia de la inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino fue elevada. Existe una falta de información clara y adecuada sobre la importancia de esta prueba en las mujeres de dicha comunidad. Coincidiendo además con LEON Y CALLI (2010) Concluyendo que los factores sociodemográficos analizados están asociados con la realización de PAP. A mayor proporción de exámenes, se reduce la tasa de mortalidad por CCU.

En la dimensión accesibilidad social, La edad de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, es de 18 a 29 años en un 70%(181), el grado de instrucción de las mujeres, es secundaria completa en un 45%(117), la procedencia de las mujeres, son de Lima en un 34%(87), la religión de las, son católicas en un 50%(129), el estado civil de las mujeres, son convivientes en un 68%(178), el Número de hijos de las mujeres tienen más de dos hijos en un 48%(125), ante la pregunta si el papanicolau es

importante, respondieron las mujeres, No en un 75%(193). Coincidiendo con BADT(2005) Existe asociación entre: el tiempo desde el último PAP y la edad de la mujer . Coincidiendo además con FIGEROGA (2010) La edad promedio de las encuestadas fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. El 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene un conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años; dos tercios de las mujeres se la practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años, porcentaje que se encuentra por debajo de estudio llevado a cabo el Instituto Nacional de Cancerología (INC). El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la avidez que tienen de conocer más sobre dicho examen.

En la dimensión accesibilidad económica, ante la pregunta si trabajan las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, respondieron Si en un 62%(160). sobre su ocupación de las mujeres, respondieron amas de casa en un 43%(111), ante la pregunta sobre su seguro social de las mujeres, respondieron Ninguno en un 50%(128), ante la pregunta sobre su ingreso familia, respondieron Menos de 500 soles en un 54%(139). Coincidiendo con WIESNER Y Cols. (2006) Resultados la citología se asocia con la idea de infecciones, pre-cáncer y prevención de cáncer. Se identificaron barreras culturales, desinformación por pares, ausencia de redes sociales y, particularmente, mala calidad de algunos servicios de salud del sector público. Concluyendo que el proceso de objetivación frente al examen citológico, se produce de manera satisfactoria

aunque no hay una relación unívoca entre conocimiento y práctica continua de la citología. Las mujeres mayores tienen representaciones de riesgo propio del modelo de las infecciones agudas. La falta de oportunidad en la asignación de citas y entrega de resultados afecta la continuidad necesaria para el control del cáncer. Coincidiendo además con VALENCIA (2014) Resultados: Durante 2012 fueron tomados 908 Papanicolaou, en 2013 de ene-jun se tomaron 339. De 108 casos 33,34% manifestaron que la principal función del Papanicolaou es el diagnóstico de infecciones vaginales, 35,19% dijeron que el Pap debe tomarse dos veces al año; 28,71% desconocen factores de riesgo para cáncer de cérvix; 8,33% de los profesionales indicaron que el Virus del Papiloma Humano no es una IST, 0,93% de ellos piensan en la vacuna contra VPH como método de prevención; 47,22% identifica a la vergüenza y a la participación masculina en la toma de Pap como factores principales para evitar la citología cérvico-uterina. Concluyendo que independientemente de su situación académica, la falta de educación sexual es el factor principal para evitar y malinterpretar el Papanicolaou; la vergüenza es un contribuyente colateral que impide el tamizaje.

En la dimensión accesibilidad geográfica, ante la pregunta sobre su lugar de residencia de las mujeres, respondieron Urbano en un 74%(190), sobre su Medio de traslado, respondieron Combi en un 56%(143), sobre su tiempo de traslado de las mujeres respondieron más de 15 minutos en un 37%(96), ante la pregunta sobre si el papanicolau es un a prueba las mujeres, respondieron Si en un 58%(150), ante la pregunta si cumplió con tomarse la prueba de papanicolau las mujeres, respondieron No en un 74%(189) y ante la pregunta sobre la última prueba de Nicolau, las mujeres respondieron hace más de 5 años en un 34%(88). Coincidiendo con MOLINA (2008) Resultados: En resumen podemos expresar que en el cuadro N° 1 un grupo reducido de MEF del área rural refiere conocer del examen de Papanicolaou. se evaluó el nivel de conocimiento del examen en las MEF que refirieron conocer, descubriéndose que en gran parte de ellas existe un nivel bajo del verdadero conocimiento del examen de Papanicolaou y un escaso número

de MEF con nivel alto de conocimiento del examen de Papanicolaou. Se concluye que: Las percepciones culturales que tienen las MEF del área rural del Municipio de Sopachuy, son percepciones desiguales a las que maneja el personal de salud del Hospital “Virgen de Remedios”, percepciones que se constituyen en barreras para que las MEF no acudan a realizarse el examen de Papanicolaou, percepciones se van formando y transmitiendo de generación a generación. Los esposos y madres de las MEF, poseen ideas diferentes acerca del examen de Papanicolaou, de la misma forma estos tienen un cierto nivel de rechazo a la atención que se brinda en el servicio de salud, ejerciendo una gran influencia negativa en las decisiones que van a tomar las MEF; La atención brindada por el personal de salud se constituye en uno de los factores que más influye, para que las MEF no acudan al Hospital “Virgen de Remedios” a la realizarse el examen de Papanicolaou y es uno de los factores más difícil de poder cambiar o adecuar, debido a que los profesionales de salud no han sido formados para brindar una atención con un enfoque intercultural. Coincidiendo además con COTRINA Y DE LA CRUZ (2012) Se ha demostrado que el PVH es una causa necesaria para el desarrollo del cáncer cervical, pero no es suficiente, ya que solo una pequeña proporción de mujeres infectadas por el aquel desarrollan el cáncer , indicando que otros factores estén involucrados en la progresión de la infección del cáncer. El virus del papiloma humano es una causa muy bien establecida de cáncer de cuello uterino. Aunque muchos estudios se han realizado hasta ahora sobre la biología Viral de Virus papiloma humano.

En la dimensión accesibilidad social de las mujeres, las que no tienen accesibilidad social no cumplen con la prueba de papanicolau en un 51%(131) y las que tienen accesibilidad social cumplen con la prueba de papanicolau en un 12%(31). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad social y cumplimiento del examen de papanicolau. Coincidiendo con HUAMANÍ, y Cols. (2007) Conclusiones :Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolau en mujeres de Lima. Coincidiendo además con BAZAN, y Cols. (2010),

Concluyendo que los niveles de conocimiento, actitudes y práctica, en nuestra población son bajos. El mayor nivel de conocimientos no está relacionado con la práctica correcta DEL PAP. Existe poca difusión sobre EL PAP por los medios de comunicación y las limitantes a que las mujeres se tomen el PAP son principalmente psicológicas. Coincidiendo además con FLORES (2011) solo 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, solo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales y solo 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 solo el 11.1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, solo el 34,6% se lo realiza cada año, el 30,8% se la ha realizado más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y solo el 36,1% conoce el propósito de la prueba.

En la dimensión accesibilidad económica, las que no tienen accesibilidad económica, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 68%(176) y las que tienen accesibilidad económica cumplen con la prueba de papanicolau en un 18%(47). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad económica y cumplimiento del examen de papanicolau. en la dimensión accesibilidad económica, las que no tienen accesibilidad económica, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 68%(176) y las que tienen accesibilidad económica cumplen con la prueba de papanicolau en un 18%(47). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad económica y cumplimiento del examen de papanicolau. Coincidiendo con ZEVALLOS (2014) Conclusiones: La mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado

como prevención secundaria. Coincidiendo además con SALDAÑA (2013) los resultados muestran que el 84,62% de las madres primigestas muestran tener un nivel de conocimientos inferior sobre el cáncer de cuello uterino, el 74,04 % realizan prácticas preventivas inadecuadas, así como un conocimiento de nivel medio acerca del cáncer de cuello uterino en las primigestas, que influye significativamente en la práctica preventiva del examen del PAP para la detección y prevención oportuna de células cancerígenas.

En la dimensión accesibilidad geográfica, las que no tienen accesibilidad geográfica, no cumplen con la prueba de papanicolau en un 64%(162) y las que tienen accesibilidad geográfica cumplen con la prueba de papanicolau en un 23%(58). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad geográfica y cumplimiento del examen de papanicolau. Coincidiendo con APAZA (2013) los resultados obtenidos fueron: el 73,75 % de mujeres profesionales son enfermeras, 19,38% son médicos y 6,88 % obstetricas. El 41,53 % de enfermeras refiere tener una vida sexual activa regular, 48,39 % en médicos y 54,55% en las obstetricas ($p>0.05$). En 1,25% de mujeres no refirió haber tenido parejas sexuales, 55,25% solo tuvo una pareja, 32,50% dos parejas y tres a mas en 10% del total de mujeres. el 18,13% de mujeres no se han realizado el examen de Papanicolaou, 20,63% se hicieron el examen el año transcurrido , 26,88% lo hicieron hace más de un año , 19,38% hace más de dos años y un 15% lo hizo hace más de tres años .el nivel de conocimiento fue en general regular (48,13%, siendo bueno en 21,88% y deficiente en 30% entre los médicos y obstetricas solo 6,45% y 9,09% respectivamente, alcanzaron conocimiento deficiente ($p>0,05$). en conclusión el cumplimiento y conocimiento del examen de citología cervical pueden ser mejorados en las mujeres profesionales de la salud

CONCLUSIONES

- En la accesibilidad socio-económica, geográfica, las que no tienen accesibilidad, no cumplen con la prueba de papanicolau y las que tienen accesibilidad cumplen con la prueba de papanicolau. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad socio-económica, geográfica y el cumplimiento del examen de papanicolau. Teniendo en consideración los aspectos señalados por las mujeres: En lo social, el grado de instrucción es secundaria completa, por la procedencia en mayor porcentaje son de Lima, en la religión profesan el catolicismo, por el estado civil en su mayoría son convivientes, según el Número de hijos tienen más de dos hijos y ante la pregunta si el papanicolau es importante, respondieron que No. En lo económico; las mujeres no tienen seguro social, en mayor porcentaje ganan menos de 500 soles. En lo geográfico: sobre su lugar de residencia, las mujeres viven en zona Urbana, sobre su Medio de traslado, respondieron Combi, sobre su tiempo de traslado, las mujeres respondieron más de 15 minutos, ante la pregunta si cumplió con tomarse la prueba de papanicolau las mujeres, respondieron No y sobre la última prueba de Nicolau, las mujeres respondieron que lo realizaron hace más de 5 años. Todos estos aspectos están relacionados con el cumplimiento de la prueba de papanicolau.
- En la dimensión accesibilidad social, según la edad de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, es de 18 a 29 años, el grado de instrucción de las mujeres, es secundaria completa, por la procedencia en mayor porcentaje son de Lima, en la religión profesan el catolicismo, por el estado civil en su mayoría son convivientes, según el Número de hijos tienen más de dos hijos, ante la pregunta si el papanicolau es importante, respondieron que No. Estos son aspectos a considerar porque están relacionados al cumplimiento del examen de papanicolau.

- En la dimensión accesibilidad económica, ante la pregunta si trabajan las mujeres respondieron Si. sobre su ocupación en su mayoría respondieron amas de casa, ante la pregunta sobre su seguro social, las mujeres, respondieron Ninguno, ante la pregunta sobre su ingreso familiar, respondieron en mayor porcentaje ganar menos de 500 soles. Estos son aspectos a considerar porque están relacionados al cumplimiento del examen de papanicolau.
- En la dimensión accesibilidad geográfica, ante la pregunta sobre su lugar de residencia, las mujeres, respondieron Urbano, sobre su Medio de traslado, respondieron Combi, sobre su tiempo de traslado, las mujeres respondieron más de 15 minutos, sobre si el papanicolau es una prueba las mujeres, respondieron Si, ante la pregunta si cumplió con tomarse la prueba de papanicolau las mujeres, respondieron No y sobre la última prueba de Nicolau, las mujeres respondieron que lo realizaron hace más de 5 años. Estos son aspectos a considerar porque están relacionados al cumplimiento del examen de papanicolau.
- En la dimensión accesibilidad social de las mujeres, las que no tienen accesibilidad social no cumplen con la prueba de papanicolau y las que tienen accesibilidad social cumplen con la prueba de papanicolau. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad social y cumplimiento del examen de papanicolau.
- En la dimensión accesibilidad económica, las que no tienen accesibilidad económica, no cumplen con la prueba de papanicolau y las que tienen accesibilidad económica cumplen con la prueba de papanicolau. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad económica y cumplimiento del examen de papanicolau.
- En la dimensión accesibilidad geográfica, las que no tienen accesibilidad geográfica, no cumplen con la prueba de papanicolau y las que tienen

accesibilidad geográfica cumplen con la prueba de papanicolau. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: accesibilidad geográfica y cumplimiento del examen de papanicolau.

RECOMENDACIONES

- Reformular las estrategias educativas para atraer a las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, a realizarse el examen de Papanicolaou incluyendo la participación de la pareja para que no interfiera en la decisión que ella tome en la realización del mismo.
- Motivar a las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, la realización del examen Papanicolaou a través de campañas anuales y así poder promocionar más esta técnica sencilla, económica, que ayuda a la detección precoz del cáncer de cuello uterino.
- Mejorar la calidad y calidez en la atención del paciente o usuaria, ya que en resultados de investigaciones similares se observó que muchas mujeres no asisten por temor, vergüenza, dolor al examen, experiencias con mala toma de examen.
- Adecuar los horarios de atención a la disponibilidad de tiempo y espacio de las mujeres en edad fértil en el Centro de salud Alto Selva Alegre-Arequipa, a fin de facilitar el acceso al examen de Papanicolaou.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cáncer, Junio 2013 ,Thais Ramírez B1ºE En línea .Disponible en:
<http://anatomiaaplicada.wikispaces.com/cancer>. Visitado 26-02-2015.
2. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013 Mg. Midori Musme Cristina De Habich Rospigliosi - Ministra de Salud
3. Instituto de Gestión De Servicios De Salud IGSS. En línea .Disponible en:
<http://www.igss.gob.pe/portal/index.php/joomla/contentall-comcontent-views/category-list/253-personal-de-salud-brindara-cuidados-paliativos-domicialirios-a-pacientes-oncologicos>
4. Tipos de cáncer más comunes en mujeres ,Julio 27, 2013
<http://lacarpa.com.mx/43217/tipos-de-cancer-mas-comunes-en-mujeres/> Escrito por: Tips para tu Salud
5. Carlos Vigil Rosas, jefe del OPD. INEN
6. ASIS cáncer Ministerio de Salud MINSA
www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
7. Arequipa: Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur; 2011.Medina LE, Rodríguez B. Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa 2004-2007.
8. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Génova: OMS; 2007.
9. Estudio de accesibilidad del casco urbano de turís.
Samuel Tarín Cases | Universidad Politécnica de Valencia

<https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/11865/Projecte.pdf?sequence=1>

10. ASIS de la situación de cáncer en el Perú 2013 , ministerio de salud – dirección general de epidemiología .
11. COMUNIAN, G. Y Cols. (2008). “Inasistencia a la consulta de despistaje de cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarias”, Caracas.
12. LEON, S. Y CALLI, R. (2009-2010) “Factores relacionados con el examen de Papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino”, Argentina.
13. BADT, P. (2003-2005). “Cobertura de PAP: Barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención Argentina.”
14. FIGEROGA, N. (2010), “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”.
15. WIESNER ,C. Y Cols. (2006) .” La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones”.
16. VALENCIA, E. (2014), “Situación educacional y socio-cultural del tamizaje de Papanicolaou en mujeres de Sensuntepeque”, Chile.
17. MOLINA, J. (2008), “Percepciones culturales del examen de Papanicolaou, en el hospital “virgen de remedios”, Cochabamba – Bolivia,

18. COTRINA, L. Y DE LA CRUZ, S. (2012). "Actitudes, practica de despistaje y conocimiento sobre cáncer de cérvix en mujeres sexualmente activas, Guadalupe" Perú.(Trujillo).
19. HUAMANÍ, C y Cols. (2007)," Conocimientos y actitudes sobre la toma de papanicolaou en mujeres de Lima, Perú.
20. BAZAN, F. y Cols. (2010), "Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prueba de Papanicolaou (PAP), Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", Lima-Perú".
21. FLORES, P.(2011).“Prácticas de Prevención del cáncer Cérvico Uterino en usuarias del centro de Salud C.S Leonor Saavedra- San Juan de Miraflores Lima Perú; Universidad Mayor de San Marcos”.
22. ZEVALLOS, C. (2014), “Factores psicológicos, sociales, culturales en el examen de Papanicolaou en estudiantes del instituto alas peruana, Arequipa”,
23. SALDAÑA M.D. (2013) Arequipa: “influencia del conocimiento sobre cáncer de cuello uterino en la práctica preventiva del examen de Papanicolaou en primigestas atendidas en la microred chiguata”.
24. APAZA A. B. (2013) Arequipa: “Conocimiento y Cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza”.
25. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
26. <https://alejandroeuem.files.wordpress.com/2013/04/escuela-de-la-promocic3b3n-de-la-salud.pdf>
Escuela de la promoción de la salud Tania Barros González Alejandro Faginas Soto Fanny Sipion

27. http://salud.ucaldas.edu.co/programas_especiales/sitioVIHsida/pdf/Modelos%20y%20teoristas%20de%20enfermer%EDa.pdf.
28. <http://teoriasenenfermeria.blogspot.com/2013/05/modelo-de-promocion-de-salud-capitulo-21.html>
29. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un Grupo Comunitario a través del proceso de Enfermería Dorothea Orem Model Applied To A Community Group Through The Nursing Process .
*Navarro Peña, Y., **Castro Salas, M.
En línea .Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>.
30. http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF
31. <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>
32. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>
33. Definición de accesos a servicios de salud
<http://www.mmc.edu/www.meharry.org/Fl/Sp>.
34. DISCAPACIDAD Y ACCESIBILIDAD La dimensión desconocida Jaime Huerta Peralta Comison
35. Comes Y., Solitario R., Garbus P., Mauro M., Czerniecki S., Vázquez A., Sotelo R., Stolkiner A.EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS, Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario

de Investigaciones. 2006; 15:201-209. Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf [citado el 04/06/2011].

36. ¿Cómo hacer para mejorar la cobertura de citologías de cuello uterino(PAP) y llegar a los grupos etáreos de mayor riesgo en la población femenina del barrio de Villa Hudson de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, en los meses de enero a septiembre de 2008?

Disponible en: http://www.famg.org.ar/TrabajoCongreso/EL_PAP_ES_PARA_LAS_MUJERES_COMO_LAS_VACUNAS_PARA_LOS_CHICOS.pdf [citado el 28/05/2011]

37. Factores sociales definición.

En línea .Disponible en:

<https://sites.google.com/site/e518tecnofilosofia/-que>

entendemos-por- factores-sociales. (Revisado 21-08-2014)

38. Definición.org.trabajo.

Disponible en URL: <http://www.definición.org/trabajo>. (Revisado 23-08-2014)

39. Definición de creencia

ABC: <http://www.definicionabc.com/general/creencia.php#ixzz3SuHZco9v>.

40. FUENTES DE INFORMACIÓN Universidad de

En línea .Disponible en:

Alcalà http://www2.uah.es/bibliotecaformacion/BPOL/FUENTESDEINFORMACION/tesis_doctorales.html

41. Biblioteca universidad de alcala , definición de tipos de fuentes de información . http://www2.uah.es/bibliotecaformacion/BPOL/FUENTESDEINFORMACION/tipos_de_fuentes_de_informacion.html.

42. Significado de Religión <http://www.significados.com/religion/>
43. Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 7 No. 2 Marzo de 2004
LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO
SALUD-ENFERMEDAD. Teresa L. González Valdés¹ Escuela
En línea .Disponible en:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
44. Las categorías del estado civil en los censos mexicanos –clara
jusidman de bialostozky, el colegio de México. DEMOGRAFIA Y
ECONOMIA
45. GLOSARIO DE TÉRMINOS DE DEMOGRAFÍA Y ESTADÍSTICAS
VITALES PROYECCIONES DE POBLACIÓN
<http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>.
46. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concepto. Conocimientos.
2011.
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Concepto. Educación. 2012
48. Factores económicos. Índice Internacional y Diccionario de la
Rehabilitación y de la Integración Social.
Disponibile en :
<http://www.med.univrennes1.fr/iidris/cache/es/23/2330>. (Revisado 03-
10-2014)
49. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud argentina Dirección
de Estadísticas e información de salud
<http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>. (Revisado 21-08-2014)
50. http://www.ecofinanzas.com/diccionario/I/INGRESO_ECONOMICO.htm

51. Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención 2012 argentina rev argentina Badr, Pablo et al Falta de tiempo 12% “Me siento bien” 13,3% Vergüenza 19,5% “Vaga” 8,2% Porque el médico es hombre 4,4% Temor a que sea doloroso 13,3% Otros.
52. DEIS <http://www.deis.msal.gov.ar/definiciones.htm> Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud
53. Definición de traslado - Qué es, Significado y Concepto <http://definicion.de/traslado/#ixzz3TH4DHhCG>
54. Índice de definiciones .definición de tiempo de traslado .visitada 12-08-13 . disponible : <http://www.definicionabc.com/general/traslado.php>
55. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden al programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino: un acercamiento a la satisfacción con el servicioaesús Vega Chávezb; Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquezc; Yolanda Terán Figueroa dinvest. educ. enferm vol.27 no.2 Medellín July/Dec. 2009
56. Ddefinición de papanicolau guía de salud de familia Disponible en – <http://www.cikipr.org/definición-de-papanicolau.html>
57. Entendiendo el examen de papanicolau <http://www.inppares.org/sites/default/files/La%20Importancia%20del%20papanicolaou.pdf>
58. <http://www.publivalle.com/articulosmedicos/papanicolau.htm>
EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES , CATALOGO MAESTRO DE

GUIAS DE PRACTICA CLINICA – DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICO UTERINO .

59. <http://www.cdc.gov/std/hpv/pap/spanish.htm#sec4> como entender los resultados de su prueba de papanicolau y del vph
60. Desde Definición ABC:
<http://www.definicionabc.com/general/cumplimiento.php#ixzz3SuXgVeXK>
61. <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3852/1/T-PG-688.pdf>
“PERCEPCIONES CULTURALES DEL EXAMEN DE PAPANICOLAU, EN EL HOSPITAL “VIRGEN DE REMEDIOS” : Dr. JOB MOLINA TANTALEAN COCHABAMBA – BOLIVIA 2008
62. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix Hernández y cols ,Veracruz, Mexico 2006
63. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/433_GPC_Ca_cervicouterino/GER_Cxncer_cervicouterino.pdf
64. Cáncer de cuello uterino (cervical)
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
65. AMERICAN CANCER SOCIETY ¿Qué es cáncer de cuello uterino (cervical)?
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/recursosadicional/fragmentado/cancer-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-temprana-cervical-cancer-signs-and-symptoms>

66. MEDLINE PLUS BIBLIOTECA NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS - Cáncer cervical
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>

67. SESION 9 –FECUNDIDAD
http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/materia/9_fecundidad.htm

68. NORMAS TECNICAS PARA LA ELABORACION DE PRODUCTOS AREQUITECTONICOS CENTROS DE SALUD-MINSA
http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_18/RM708-94-SA-DM.pdf

69. Centro de salud vía Definición ABC
Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/centro-de-salud.php>

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

Instrumento

CUESTIONARIO DE ACCESIBILIDAD SOCIOECONÓMICA Y GEOGRÁFICA RELACIONADO AL PAPANICOLAU EN MUJERES EN EDAD FERTIL, CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA, 2014.

Instrucciones: Este cuestionario consta de 25 preguntas. Por favor, lea cada una de las preguntas cuidadosamente. Luego elija lo que más se identifique con usted y marque sobre la respuesta elegida con una X. Agradeceré su participación con la mayor honestidad.

ACCESIBILIDAD

I. ACCESIBILIDAD SOCIALES

1. Edad:
 - a. 12 – 17 años
 - b. 18 – 29 años
 - c. 30 – 49 años

2. Grado de instrucción:
 - a. Ninguno
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria completa
 - e. Superior incompleta
 - f. Superior técnica

3. Procedencia de la madre:
 - a. Arequipa
 - b. Puno
 - c. Moquegua
 - d. Cuzco
 - e. Lima
 - f. Otro

4. Usted cree que las mujeres que se toman el Papanicolaou , tienen cáncer
 - a. Si
 - b. No

5. El temor es una causa de no tomarse el Papanicolaou
 - a. Si
 - b. No

6. Usted cree que la toma del Papanicolaou produce dolor
 - a. Si
 - b. No

7. Usted siente vergüenza al tomarse la prueba de Papanicolaou
 - a. Si
 - b. No

8. Cree usted que su esposo influye en la decisión de la toma de Papanicolaou
 - a. Si
 - b. No

9. Usted cree que la toma del Papanicolaou solo es para las mujeres que tienen varias parejas.
 - a. Si
 - b. No

10. Usted percibe que tiene buena salud y no requiere tomarse papanicolau

- a. Si
- b. No

11. La información recibida sobre Papanicolaou fue de :

- a. Servicios de salud
- b. Medios de comunicación
- c. Amigos
- d. Madre
- e. Nunca escucho información

12. Religión

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

13. Estado Civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada/separada

14. Número de hijos:

- a. Uno
- b. Dos
- c. Más de dos

15. Tomarse un Papanicolaou es importante para Ud.

Si ()

No ()

II. ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

16. Trabaja

Si ()

No ()

17. Ocupación

- a. Desempleada
- b. Ama de casa

- c. Negocio propio
- d. Trabajo Dependiente
- e. Otros

18. ¿Tienes Seguros de Salud?

- a. SIS.
- b. ESSALUD
- c. Ninguno
- d. Otro:

19. Ingreso Familiar

- a. Menos de 500 soles
- b. De 501 a 1000
- c. De 1001 a 1500
- d. De 1501 a 2000

III. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

20. Lugar de residencia

- a. Urbano
- b. Periurbano

21. Medio de traslado a un servicio de Salud.

- a. A pie
- b. En combi
- c. En movilidad particular
- d. En taxi

22. Tiempo de traslado a un servicio de salud

- a. Menos de 15 minutos
- b. Más de 15 minutos
- c. Más de 30 minutos

PAPANICOLAOU

23. El Papanicolaou es una prueba que se toman las mujeres para descartar cáncer de cuello uterino

- a. Si
- b. No

24. Usted cumplió con tomarse la prueba de Papanicolaou

- a. Si
- b. No

25. Cuando fue el último Papanicolaou que se tomó?

- a. Ultimo año
- b. Dos años
- c. Tres años
- d. Más de 5 años
- e. Nunca se tomó

GRACIAS POR SU COLABORACION

	<p>D. ¿Cómo es el cumplimiento del examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014</p> <p>E. ¿Qué relación existe entre la accesibilidad social y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?</p> <p>F. ¿Qué relación existe entre la accesibilidad económica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?</p> <p>G. ¿Qué relación existe entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre la accesibilidad social y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014. • Determinar qué relación existe entre la accesibilidad económica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014. • Determinar qué relación existe entre la accesibilidad geográfica y el cumplimiento del examen de PAP en las mujeres en edad fértil, del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2014. 		
--	--	--	--	--

MAPA DE AREQUIPA

