

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

**Tesis Presentada Por Las Bachilleres:**

Marilia Geraldini Córdova Díaz

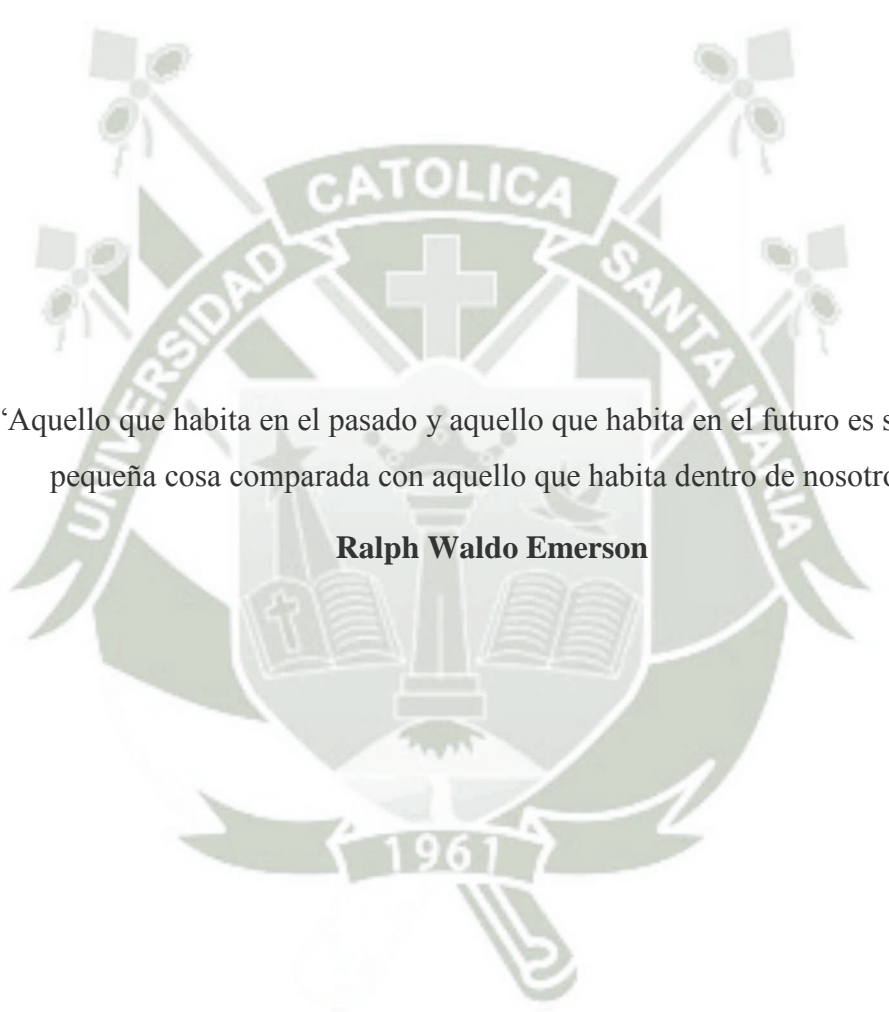
Andrea del Carmen Valencia Rodríguez

**Para Obtener El Título Profesional**

**De Licenciadas En Obstetricia**

**AREQUIPA - PERÚ**

**2016**



“Aquello que habita en el pasado y aquello que habita en el futuro es solo una  
pequeña cosa comparada con aquello que habita dentro de nosotros.”

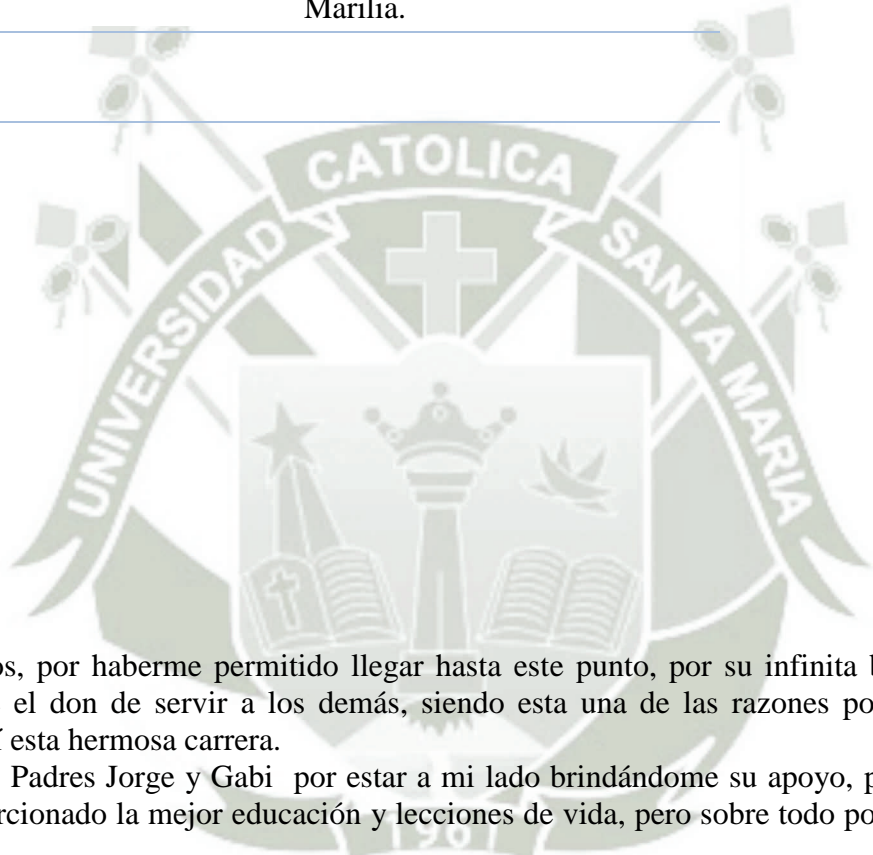
**Ralph Waldo Emerson**

A Dios, la virgen y el Divino Niño.  
Que siempre están guiando mis pasos,  
Gracias por siempre escuchar mis plegarias.  
A mi madre y mi amiga Cecilia por ser siempre mi apoyo  
incondicional, mi padre Gerardo por su constante ayuda y sacrificio  
para darme todo lo que necesito.  
A mi hermosa estrella que desde el cielo siempre brillara para mí.  
A Luis por ser mi compañero incondicional, el que me dio la mano  
para levantarme cuando más lo necesite.  
A mis hermanos por ser mi motivación constante.

Marilia.

---

---



A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, por su infinita bondad, por darme el don de servir a los demás, siendo esta una de las razones por las cuales escogí esta hermosa carrera.  
A mis Padres Jorge y Gabi por estar a mi lado brindándome su apoyo, por haberme proporcionado la mejor educación y lecciones de vida, pero sobre todo por su infinito amor.  
A mis hermanos Víctor y Valeria, por sus palabras, apoyo y compañía, porque son ustedes quienes me motivan a ser mejor cada día.  
A mis familiares, por su cariño y sus buenos deseos siempre para conmigo, y creer mí, y a mi ángel de la guarda Mamá Betty (Q.E.P.D) que desde el cielo vela por mí.  
Por último y no por ello menos importantes, a mis Amigos, por su apoyo que de alguna u otra forma han contribuido para el logro de mis objetivos.  
Y a todos aquellos que de alguna forma siguen estando cerca de mí y que le regalan a mi vida algo de ellos.

Andrea.

---

---

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	9
Problema.....	9
Objetivos.....	14
Marco Teórico.....	15
Hipótesis.....	54
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	55
Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	55
Campo de verificación.....	56
Estrategia de recolección de datos.....	57
Estrategia para manejar resultados.....	58
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	59
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	74
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	82
Anexo n° 1: Consentimiento Informado.....	82
Anexo n° 2: Instrumento - Ficha de Encuesta Estructurada.....	83
Anexo n° 3: Delimitación Gráfica del Lugar.....	88
Anexo n° 4: Matriz de Sistematización.....	89

## RESUMEN

Las trabajadoras sexuales pertenecen a una población excluida por la sociedad y vulnerable a múltiples enfermedades de transmisión sexual y el cáncer de cuello uterino tiene un alto porcentaje de muerte en mujeres sexualmente activas.

### **OBJETIVO:**

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre el examen de Papanicolaou que tienen las trabajadoras sexuales del distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero-Marzo 2016.

### **MATERIAL Y METODO:**

En el presente trabajo se realizó un estudio relacional de corte transversal en la cual fueron encuestadas 70 trabajadoras sexuales de diversas casas de cita del Distrito de Mollendo mediante la técnica de encuesta que fue previamente validada y aplicada.

En las estadísticas según la prueba del Chi cuadrado ( $\chi^2 < 8.20$ ) se muestra que la actitud y el nivel de conocimiento sobre la toma de Papanicolaou presentan relación estadística significativa. ( $p < 0.05$ ).

### **RESULTADO:**

De las trabajadoras sexuales que accedieron a la encuesta, demuestra que el 68.6% oscilan entre los 18 -29 años; 72.9% tuvieron una educación secundaria, llamándonos más la atención que el 1.4% tienen una educación universitaria; el 51.5% iniciaron relaciones sexuales entre los 15 – 20 años; el 55.7% iniciaron su meretricio entre los 18 a 20 años; 62.9% utilizan método anticonceptivo combinado; 50% de las trabajadoras sexuales tienen un nivel de conocimiento regular, por lo cual se encuentra que hay una relación entre el nivel de conocimiento y la actitud.

### **CONCLUSIONES:**

Se concluye en el presente trabajo que las trabajadoras sexuales tienen un nivel de conocimiento regular y una actitud indiferente.

Solo se halló que un 31.4% de las trabajadoras sexuales que presentaron una actitud favorable tienen relación con un nivel de conocimiento regular.

**PALABRAS CLAVES:** Conocimiento, actitud, trabajadoras sexuales y Examen de Papanicolaou.

## SUMMARY

Sex workers belong to a population excluded by society and vulnerable to many sexually transmitted diseases and cervical cancer has a high percentage of death in sexually active women.

### **OBJECTIVE:**

To determine the relationship between the level of knowledge and attitudes about the Pap test with sex workers district of Mollendo, Islay Arequipa January to March 2016.

### **MATERIALS AND METHODS:**

In this paper a relational cross-sectional study in which 70 were surveyed sex workers in various houses Mollendo district appointment by the survey technique was applied previously validated and performed.

According to statistics chi square test ( $\chi^2 < 8.20$ ) shows that the attitude and the level of knowledge about taking Papanicolaou presented significant statistical relationship ( $p < 0.05$ ).

### **RESULTS:**

Of the sex workers who agreed to the survey shows that 68.6% are between 18 -29 years, 72.9% had secondary education, calling more attention than 1.4% have a college education; 51.5% related sexual started between 15 to 20 years 55.7% started their meretricious between 18 to 20 years; 62.9% use contraception combined; 50% of sex workers have a regular knowledge level, so that there is a relationship between the level of knowledge and attitude.

### **CONCLUSIONS:**

It is concluded in this study that sex workers have a regular knowledge level and an indifferent attitude.

It found that only 31.4% of sex workers who had a positive attitude are related to a level of knowledge regularly.

**KEYWORDS:** Knowledge, attitude, sex workers and Pap test.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad una de las mayores expectativas que tiene el ser humano es la lucha por sobrevivir y el enfrentamiento a toda condición que amenace su bienestar físico siendo el cáncer una de ellas.

Las neoplasias malignas del aparato reproductor (cérvix, ovario y cuerpo de útero) se incluyen dentro de las 10 primeras causas de cáncer en la mujer, con tendencia al aumento de casos de infección por el virus del papiloma en los últimos años a pesar de contar con herramientas preventivas como es la Toma de PAP la cual es eficaz y de bajo costo.<sup>1</sup>

El 85% de casos registrados de Cáncer de Cuello Uterino en el mundo se presentan en países en vías de desarrollo, en el cual se encuentra nuestro país. Como sabemos en el Perú la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 17 años siendo así más propensas de contraer dicho mal en el caso de falta de conocimiento y prevención.<sup>2</sup>

La citología de cuello uterino conocido también como examen de Papanicolaou es considerada una forma más sencilla y práctica para examinar las células que son tomadas del cervix uterino, para detectar de manera temprana la presencia de lesiones en el cuello uterino.

El estudio planteado fue de tipo relacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó una encuesta con preguntas cerradas, la población estudiada fue de 70 trabajadoras sexuales, optamos trabajar con dicha población debido al alto grado de vulnerabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual a las que se encuentran expuestas,

---

<sup>1</sup> PEREZ, M. Ginecología Oncológica pelviana, 1º ed. La Habana: editorial ciencias médicas; 2006

<sup>2</sup> Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2004-2007

también a los múltiples factores que se relacionan a ellas y por ser una población en su mayoría excluida por la sociedad.

Para el contraste de la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica denominada Chi cuadrado con un valor  $p < 0.05$ .

Por lo cual esta investigación tiene también como objetivo determinar el nivel de conocimiento e identificar las actitudes frente a la toma de Papanicolaou en trabajadoras sexuales del Distrito de Mollendo, Enero – Marzo 2016.



## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

##### 1.1 Enunciado del Problema:

“Nivel De Conocimiento y Actitudes Sobre la Toma De Papanicolaou en Trabajadoras Sexuales del Distrito De Mollendo, Islay - Arequipa. Enero – Marzo 2016.”

##### 1.2 Descripción del Problema:

###### 1.2.1 Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Obstetricia
- **Especialidad:** Salud Sexual y Reproductiva
- **Línea de Investigación:** Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.

### 1.2.2 Análisis u Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIAS
<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p><b>Nivel de Conocimiento sobre Examen de Papanicolaou</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información previa del examen</li> <li>- Para qué sirve el examen</li> <li>- Población que debe realizarse el examen</li> <li>- Importancia del examen</li> <li>- Frecuencia del examen</li> <li>- Requisitos para realizarse el examen</li> <li>- Creencias negativas del examen</li> </ul>	<p>Medición del nivel De conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto 14-20 Pts.</li> <li>-Regular 07-13 Pts.</li> <li>-Bajo 00-06 Pts.</li> </ul>
<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b></p> <p><b>Actitudes sobre el Examen de Papanicolaou</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de las actitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desfavorable 0-7 Pts.</li> <li>-Indiferente 8-13 Pts.</li> <li>- Favorable 14-20 Pts.</li> </ul>

<p><b>VARIABLE INTERVINIENTE:</b></p> <p><b>Características Sociodemográficas, Sexuales y reproductivas</b></p>	Edad	<p>13 a 17 años</p> <p>18 a 29 años</p> <p>≥ 30 años</p>
	Grado De Instrucción	<p>Analfabeta</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Superior universitaria</p> <p>Superior no universitaria</p>
	Procedencia	<p>Arequipa</p> <p>Tacna</p> <p>Moquegua</p> <p>Otras provincias</p>
	Inicio de Relaciones Sexuales	<p>&lt; De 15 años.</p> <p>De 15 a 19 años.</p> <p>≥de 20 años</p>
	Edad de Inicio del Meretricio	<p>&lt; 18 años</p> <p>18 a 20 años</p> <p>21 a 24 años</p> <p>≥ 25 años</p>
	Paridad	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 a más</p>
	Método Anticonceptivo	<p>Píldora</p> <p>Inyectable</p> <p>Condón</p> <p>Ninguno.</p> <p>Otros</p>
Se realizo anteriormente un PAP	<p>SI</p> <p>NO</p>	

### 1.2.3 Interrogantes básicas:

- a) ¿Cuál es Nivel de Conocimientos sobre la toma de Papanicolaou en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero – Marzo 2016?
- b) ¿Cuáles son las Actitudes sobre la toma de Papanicolaou en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa, Enero – Marzo 2016?
- c) ¿Cómo son las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en trabajadoras sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa, Enero – Marzo 2016?
- d) ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la toma de Papanicolaou en trabajadoras sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero – Marzo 2016?

### 1.2.4 Tipo de Investigación

En el presente trabajo de investigación será de Campo. Por la naturaleza de la investigación se va a utilizar la investigación aplicada, permitiendo generar nueva información y conocer la realidad del lugar elegido.

### 1.2.5 Nivel de Investigación.

La investigación presenta un nivel Descriptivo - Relacional.

Es descriptivo ya que se investigara una realidad objetiva, la cual es describir la problemática acerca del nivel de conocimiento y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en trabajadoras sexuales. Es relacional ya que buscamos encontrar la asociación entre el conocimiento previo y las actitudes de las trabajadoras sexuales respecto al examen de Papanicolaou viendo la secuencia de tiempo entre uno y otro.

### 1.3 Justificación del problema

- **Interés y Motivación Personal:** Nos sentimos motivadas a realizar este tema dado que las trabajadoras sexuales son un grupo vulnerable y excluido de nuestra sociedad, por ello decidimos trabajar con ellas.
- **Originalidad:** Dado que no existen estudios similares publicados en nuestra facultad, consideramos que dicha formulación de este proyecto es original, así mismo nos permitirá dar a conocer una realidad de este tipo de población, ya que es muy poco tomada en cuenta, y nos permitirá un perfil para intervenir a favor de esta población vulnerable.
- **Factibilidad:** Es factible por la disponibilidad de las unidades de estudios y el interés de ellas de saber sobre su nivel de conocimientos sobre el tema a tratar.
- **Contribución Académica:** Deseamos realizar este trabajo para brindar aportes de conocimientos para la extensión universitaria ya que hemos visto que son un grupo vulnerable y así poder incentivar el trabajo entre nuestras compañeras para con esta población.
- **Relevancia Social:** las mujeres necesitan una educación sexual integral y estar informadas adecuadamente sobre la prevención y promoción de la Toma de Papanicolaou sobre todo las trabajadoras sexuales y poblaciones vulnerables.
- **Relevancia científica:** Porque el Conocimiento sobre el Examen De Papanicolaou y la actitud que toman las mujeres, no es suficiente, por lo tanto causa un gran problema de salud pública, debido a que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad de mayor relevancia en nuestro medio, a pesar que puede ser diagnosticada y tratada a tiempo.

## 2. OBJETIVOS

- Determinar el Nivel de Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero-Marzo 2016.
- Identificar las Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero-Marzo 2016.
- Identificar las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero-Marzo 2016.
- Relacionar el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la toma de Papanicolaou en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo, Islay- Arequipa Enero-Marzo 2016.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Marco Conceptual

##### 3.1.2 Factores de Riesgo del Virus Papiloma Humano

La mayor incidencia se da en países subdesarrollados, es por ello que ser habitante de uno de estos países viene a ser un factor de riesgo.<sup>3</sup>

La mayoría de mujeres sexualmente activas tendrán contacto con el HVP en algún momento, no significa ello que desarrolla algún tipo de lesión; ya que intervienen también el estado de la paciente, aumentando la probabilidad del cáncer si se está inmunodeprimido. El principal factor de riesgo, vendría a ser el no someterse a controles regulares con pruebas de Papanicolaou siendo esta la diferencia entre las mujeres de países desarrollados y subdesarrollados.

Otros factores de riesgo son los siguientes:

- **Conducta sexual de riesgo:** La edad joven al primer coito, promiscuidad sexual, no utilización de métodos de barrera aumentara el riesgo de infección con HVP.
- **Tener como pareja a un “varón de riesgo elevado”:** pareja promiscuo sexual y malos hábitos higiénicos.
- **Virales:** En el 85% de los canceres cervico uterinos se encontró infecciones con el VPH. Las cepas oncogénicas 16 causarían el 50% de los casos, mientras que el serotipo 18 causaría el 15 % de los casos.
- **Genéticos:** Estado inmunológico de cada individuo, susceptibilidad genética a la infección.
- **Medio-ambientales** (De mucha importancia porque son los únicos factores de riesgo modificables): tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, inmunosupresión (en especial coinfección de HPV y VIH), coexistencia de otras ITS (*Chlamydia Trachomatis*, VIH etc.).
- **Paridad:** Las mujeres con mayor número de partos tendrían más riesgo de poseer la enfermedad, en especial aquellas mujeres con más de 7 partos tendrían aumentado el riesgo en cuatro veces; las mujeres con

---

<sup>3</sup> OMS, Estimated Cancer Incidence, Mortality and prevalence Worldwide in 2012, Globocan 2012

uno o dos partos, tendrían el doble de probabilidad de contraer la enfermedad que las nulíparas.<sup>4</sup>

### 3.1.3 Epidemiología

Según el Globocan en el 2012 el cáncer de cuello uterino es la cuarta causa más común de cáncer en mujeres y la séptima causa de cáncer en general con una estimación de 580 000 casos nuevos en el 2012<sup>5</sup>.

El 85 % de los casos registrados se producen en los países en desarrollo. Los lugares con mayores tasas son el África y la región de la Melanesia. Países con menores tasas son Australia, Nueva Zelanda y el este de Asia. En ese mismo año 2012 se estimaron 266 000 muertes por cáncer cervical; 9 de 10 muertes ocurren en los países pobres.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa, en las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres. En Lima Metropolitana, para el periodo 2004 – 2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año, representando una disminución de 55% respecto al periodo 1968 – 1970. Con los resultados publicados de los registros de cáncer sabemos que Trujillo tiene la tasa más alta 43.9; seguido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6. De los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, este último represento el 36.7% de los casos recolectados en Lima.

En el Perú, la mediana edad al inicio de la actividad sexual es 19.1 años. Cinco años después de iniciar su actividad sexual, aproximadamente 50% de las mujeres jóvenes ya habrían contraído una infección a causa

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud, Cáncer de Cuello Uterino, Guía de Práctica Clínica, Perú, 2011. Pag 101-135

<sup>5</sup> GLOBOCAN OMS, Estimated, cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012, Globocan 2012, found: <http://globocan.aire.fr/default.aspx>

de por lo menos alguno de los 40 tipos de VPH que infectan predominantemente los órganos genitales.<sup>6</sup>

### 3.1.4 Etiopatogenia

El cáncer de cuello uterino es causado por el virus de papiloma humano; este es un ADN virus epiteliotropo de la familia de los papovaviridae, que están formados por una cápside que rodea al genoma; esta de proteica tiene forma de icosaedro y contiene una serie de capsómeros que a modo de antígenos le dan especificidad al virus. Existen más de 100 serotipos del virus, de los cuales 35 se encuentran en infecciones ano-genitales y tienden a invadir las células epiteliales del cuello uterino en la zona de transformación, que es la zona más activa en cuanto a replicación celular. No todas las cepas de HPV son oncogénicas. Las cepas oncogénicas más prevalentes entre la población general son la 16 y la 18. Las cepas no oncogénicas o de bajo riesgo (como la 6 y la 11) son las causantes de otras patologías no malignas como los condilomas acuminados y lesiones de bajo grado con bajo potencial de malignización.

El virus ingresa a la zona de transformación por ser una área susceptible; aquí puede unirse o no al genoma celular del huésped y se une al supresor tumoral P53 trayendo consigo la progresión al cáncer cervicouterino.

### 3.1.5 Tipos Histológicos del Cáncer Cervicouterino

El 85% de los carcinomas son epidermoides mientras que el 10 a 15% corresponden a los adenocarcinomas, los primeros se originan en el ectocervix y los segundos en el endocervix, siendo este más difícil de detectar y muestra evidencia clínica de su presencia en estado avanzado.

---

<sup>6</sup> Lewis M, Analisis de la situación del cáncer cervicouterino en America Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la salud. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sitlac.pdf>.

### 3.1.6 Calificación de las Lesiones Escamosas Intraepiteliales

La nomenclatura actual procede de una modificación de la clasificación de Bethesda y habla de LIE (Lesión intraepitelial escamosa), dividiéndolas en:

- LIE de bajo grado: Equivale a la antigua NIC. Son cambios celulares leves provocados generalmente por infecciones auto limitadas del HPV.
- LIE de alto grado: Equivale a las antiguas NIC 2 y NIC 3. Son cambios pre maligno.
- ASCUS: (células adenoescamosas de significancia incierta): El patólogo ve en el frotis células que no sabe a ciencia cierta si son malignas o no.
- AGC (células glandulares atípicas): Son lesiones originales en las células glandulares en lugar de en las células escamosas. En la última década esta aumentado su incidencia.

Lo más frecuente es que todas estas lesiones sean asintomáticas o subclínicas; se detectarían con la citología vaginal o Papanicolaou.<sup>7</sup>

### 3.1.7 SISTEMA BETHESDA

La prevención y detección temprana del cáncer cervico – uterino es una prioridad en el país, por cuanto es uno de los principales problemas de Salud Pública. Constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años de edad. La mayor parte de las neoplasias tienen un ciclo gradual, es decir, sus precursores, displasias pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad. La citología cervico – vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Plummer M, Herrero R, Franceschi S, et al; IARC Multi-centre Cervical Cancer Study Group. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes Control*. 2003; 14 (9):805-814.

<sup>8</sup> Gay JD, Donaldson LD, Goellner JR.: 1985. False-negative results in cervical cytologic studies. *Acta Cytol* 29: 1043-1046.

La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología.<sup>9</sup>

a) **ORIGEN DEL SISTEMA BETHESDA**

- ✓ Fue introducido en 1988.
- ✓ Primera revisión en 1991.
- ✓ Segunda revisión en 2001.

Se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario taller organizado por el National Cancer Institute de los Estados Unidos. Los participantes concluyeron que la clasificación de Papanicolaou no se considera aceptable en la práctica moderna de la citología, por cuanto no corresponde a los conocimientos actuales sobre lesiones cervico – vaginal. El fin principal de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico). Creado para el informe de los extendidos citológicos. Empleado en forma creciente por los patólogos para sus diagnósticos histológicos, Misma nomenclatura para lesiones que afectan a un mismo órgano.<sup>10</sup>

En 1991 se realizó un segundo taller para modificar el Sistema de Bethesda, sobre la base de la experiencia clínica y de laboratorio después de su aplicación.

En abril de 2001 se efectuó el tercer taller, para evaluar y actualizar la terminología acordada en 1991.

Las modificaciones reflejan los importantes avances en el conocimiento de la neoplasia cervical y de la tecnología del tamizaje.

Actualmente, más de 90% de los laboratorios de los Estados Unidos utiliza alguna forma del Sistema de Bethesda. En el Perú, la

---

<sup>9</sup> Milla V, R.H. y col.: 1997. La colposcopia y la biopsia cervical en pacientes con Papanicolaou de rutina. Ginec. Obst. Mex. 65: 235-238.

<sup>10</sup> Dexeus, S. López-Marín, L. Labastida, R. Bassols, G. y Cararach, M.: Evolución de la terminología colposcópica. En Tratado y Atlas de Patología Cervical (Editado por Dexeus, S. López-Marín, L. Labastida, R. Cararach, M). Barcelona: Masson-Salvat. 1993; 20

nomenclatura de este Sistema ha sido adoptada por el programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio de Salud

**b) PROPOSITO DEL SISTEMA BETHESDA**

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

**c) BASES LOGICAS DEL SISTEMA BETHESDA**

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

**d) MODIFICACIONES DEL SISTEMA BETHESDA ACORDADAS EN EL 2001**

Calidad del Frotis

- En este componente se ha eliminado la categoría “satisfactorio pero limitado por...” quedando entonces dos categorías: “satisfactorio para evaluación” y “no satisfactorio para evaluación”.

- El frotis convencional es adecuado cuando se observa entre 8000 y 12 000 células escamosas bien conservadas. La estimación se hace con “imágenes de referencia” o diagramas de celularidad conocida.
- El criterio numérico por la zona de transformación es el mismo de 1991. Se debe observar por lo menos 10 células endocervicales o escamosas metaplásicas bien conservadas. No necesariamente en grupos.
- El frotis no satisfactorio puede ser de dos clases:
  - Frotis rechazado, no aceptado por falta de membrete de identificación, lamina rota, etc.
  - Frotis procesado y examinado microscópicamente. No satisfactorio para evaluación de anormalidad epitelial por exceso de sangre o exudado inflamatorio que cubre y oscurece más del 75% de frotis.

#### e) **CATEGORIZACION GENERAL**

Este componente es opcional.

- ❖ Los cambios celulares benignos han sido suprimidos como categoría. Los cambios celulares reactivos pueden ser descritos en la parte microscópica del informe.
- ❖ Para las infecciones hay una categoría separada, se ha reemplazado “infecciones” por “organismos”.
- ❖ Se ha cambiado la denominación “predominado de cocobacilos consistente con desviación de la flora vaginal” por “desviación de la flora bacteriana sugestiva de vaginosis bacteriana”.
- ❖ La anterior denominación “dentro de límites normales” ha sido reemplazada por “negativo para lesión intraepitelial o cáncer”.
- ❖ Se ha agregado el ítem “otros” para los casos en que no existen anormalidades morfológicas, pero si hallazgos que pueden indicar algún riesgo aumentado; por ejemplo, presencia de células endometriales en el frotis de una mujer mayor de 40 años.

- ❖ Se ha reemplazado el término “diagnostico” por “interpretación o resultado”, para indicar que en la citología cervical los cambios morfológicos están sujetos a interpretación y deben ser correlacionados con el contexto clínico.<sup>11</sup>

#### **f) ANORMALIDADES DE CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS**

- ❖ Células escamosas atípicas: A las “células escamosas atípicas” se las califica ahora como “de significado indeterminado o se puede excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado”
  - Se ha eliminado CEASI (ASCUS), se favorece proceso reactivo, por su poca reproducibilidad y sin utilidad clínica.
- ❖ Lesiones escamosas intraepiteliales
  - La división dicotómica de las “lesiones escamosas intraepiteliales” no ha cambiado, continúa como:

\*Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

Los efectos citoplasmáticos de la infección por virus papiloma humano no son separables de la displasia leve o NIC1; por ello, ambos son considerándose en esta categoría.

Se reconoce que aproximadamente en 15% de mujeres con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado puede hallarse lesión de alto grado en la colposcopia.

\* Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.

Esta lesión se asocia a infección viral persistente y alto potencial para progresar.

<sup>11</sup> Actualización de la terminología del sistema de Bethesda para informe de resultados de citología cervical. ginecol obstet (Perú) 2002; 48:132-Ministerio de salud. programa nacional de planificación familiar. Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, 2000

**g) ANORMALIDADES DE CELULAS GLANDULARES**

- i. Se ha eliminado el calificativo AGUS (células glandulares atípicas de significado indeterminado).
- ii. Las células glandulares atípicas se las clasifica como endocervicales, endometriales o glandulares”.
- iii. El término “células epiteliales atípicas” puede ser usado cuando no es posible determinar la naturaleza escamosa o glandular.
- iv. El adenoma carcinoma in situ es ahora una categoría separada, aunque se reconoce que hay considerable superposición con el adenoma carcinoma endocervical invasivo bien diferenciado.
- v. La categoría células endocervicales atípicas se favorece neoplasia es empleada para células con algunas características, pero insuficientes, para calificarlas como de adenoma carcinoma in situ.
- vi. No hay base para establecer una categoría de displasia glandular endocervical o lesión intraepitelial glandular de bajo grado.

**h) OTROS**

- a. Se debe informar la presencia de células endometriales en mujeres de 40 años o más.  
Se enfatiza que la citología cervical es primariamente una prueba de tamizaje de lesiones epiteliales escamosas y carcinoma escamoso (epidermoide). No es confiable para la detección de lesiones endometriales y n debería ser usada para evaluar anomalías endometriales sospechosas.

### 3.1.8 TERMINOLOGIA HISTOLOGICA

Se recomienda que los diagnósticos histológicos utilicen una terminología binaria, que refleje la terminología usada en citopaotología en lugares donde el tratamiento para el NIC2 y NIC3 sean iguales.<sup>12</sup>

### 3.1.9 CRIBADO DE LESIONES PRE MALIGNAS Y MALIGNAS DEL CÉRVIX

La técnica para detección temprana del cáncer cervicouterino es el Papanicolaou, es una técnica, rápida, sencilla, y está al alcance de las pacientes en el Perú. Se debe iniciar el cribado a los 18 años o antes si el inicio de relaciones sexuales es aún más temprano. En mujeres menores de 30 años se aconseja una citología anual. Tras tres citologías anuales negativas puede considerarse su repetición cada 3 años (salvo que existan factores concomitantes de riesgo como ser VIH positivo, promiscuidad sexual, etc.,).

El examen de Papanicolaou obtiene muestra citológica de endocervix, exocervix y fondos de saco vaginal. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 99% aunque esta es menor para lesiones precursoras del adenocarcinoma. Su sistematización como método de cribado ha reducido la mortalidad por cáncer de cérvix en un 50%. Los resultados del Papanicolaou se informan según la clasificación de Bethesda. Una técnica de reciente incorporación al cribado de lesiones cervicales es el test de HPV que mide la presencia o no del virus en las células obtenidas en la citología. El test de HPV tiene un alto valor predictivo negativo, es decir, si la mujer no es portadora de HPV es improbable que vaya a desarrollar una neoplasia cervical. Tanto el Papanicolaou como el test de HPV son técnicas de despistaje y no diagnosticadas; El test de Schiller utiliza lugol para la tinción del

---

<sup>12</sup> Actualización de la terminología del sistema de bethesda para informe de resultados de citología cervical.ginecol obste (Perú) 2002; 48:132-Ministerio de salud. Programa nacional de planificación familiar. Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, 2000

cuello (son sospechosas las lesiones yodo negativas); la tinción del cuello con ácido acético colara las lesiones de blanco.<sup>13</sup>

### 3.1.10 ESTATIFICACIÓN CLÍNICA

La Estatificación es clínica y se hace mediante un examen bimanual bajo anestesia, el sistema de estadificación es el que desarrollo la FIGO con ayuda de la OMS. En este sistema los estadios en etapa temprana corresponderían a las etapas I a II A de la FIGO. La enfermedad en etapa avanzada corresponde a las etapas IIB y mayores.<sup>14</sup>

<b>Estadio 0</b>	Carcinoma in situ o carcinoma intraepitelial.
<b>Estadio I</b>	Limitado al cuello.
<b>IA</b>	Carcinoma micro invasivo: carcinoma preclínico que solo se diagnostica con biopsia.
<b>Ia 1</b>	Lesión de menos de 3mm de invasión en profundidad y 7mm de longitud (3-5x7mm).
<b>IB</b>	Lesiones mayores de las medidas anteriores.
<b>Estadio II</b>	Extensión más allá del cérvix sin llegar a la pared pélvica y/o vagina sin llegar a 1/3 inferior.
<b>IIA</b>	Afecta 2/3 superiores de vagina sin afectar parametrios.
<b>IIB</b>	Afectación de parametrios.
<b>Estadio III</b>	Llega a la Pared Pélvica y/o tercio inferior de vagina y/o causa hidronefrosis o anulación funcional de un riñón.
<b>III A</b>	Extensión a tercio inferior de vagina.
<b>IIIB</b>	Extensión a pared pélvica, riñón hidronefrótico o no funcionante (secundario a compresión).

<sup>13</sup> Cervical cancer. Bethesda, Md: National Cancer Institute; 3/14/2014. Accessed at [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional) on July 14, 2014.

<sup>14</sup> Jhon O.Schorge, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Barbara L. Hoffman, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham, WILLIAMS, GINECOLOGIA, Primera Edición Mexico 2008

<b>Estadio IV</b>	Sobrepasa la pelvis, o afectación de mucosa rectal o vesical.
<b>IV A</b>	Afectación de órganos vecinos, mucosa rectal o vesical.
<b>IV B</b>	Metástasis a distancia.

**Tabla Nro.1** Clasificación del cáncer cervicouterino

### 3.1.11 CLÍNICA

La enfermedad en etapa temprana no muestra síntomas, en cambio, en etapa tardía puede presentar sangrado genital, en ocasiones flujo similar al agua de lavar carne, también puede haber secreción serosa, purulenta y dolor.

Otros síntomas que se pueden encontrar son:

- Sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia.
- Flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido.
- Periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal.
- El cáncer cervical puede diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Con frecuencia, no hay problemas hasta que el cáncer este avanzado y se haya propagado. Los síntomas del cáncer cervical avanzado pueden ser:
  - Inapetencia.
  - Pérdida de peso.
  - Dolor en la pelvis, en las piernas, o en la espalda.
  - Fatiga.
  - Pérdida de apetito.
  - Sangrado muy abundante constante por la vagina.

### 3.1.12 EXPLORACIÓN FÍSICA

Gran parte de las mujeres con cáncer de cuello uterino poseen controles de Papanicolaou con resultados negativos y por lo tanto a la exploración ginecológica se encuentran aparentemente sanas. Cuando el cáncer está avanzado se puede encontrar ganglios supraclaviculares o inguinales, edema de extremidades inferiores, ascitis o disminución de ruidos respiratorios en la auscultación pulmonar que podrían indicar metástasis.

En personas con sospecha de cáncer cervicouterino debe de hacerse una exploración minuciosa de los genitales externo y la vagina, en busca de lesiones concomitantes.

El virus de papiloma humano es un factor de riesgo frecuente para el cáncer cervicouterino, vaginal y vulvar.

Es posible que las lesiones se vean como crecimientos exofítico o endofítico; como una masa polipoide, tejido papilar o que el cuello uterino tenga forma de barril; que haya una ulceración cervical o una masa glandular, o como tejido necrótico. También puede haber secreción acuosa, purulenta o sanguinolenta, es por ello que, el cáncer cervicouterino puede simular la paraciencia de distintas enfermedades que incluyen leiomioma, pólipo cervical, sarcoma uterino prolapso, vaginitis, eversión del cuello uterino, cervicitis, amenaza de aborto, placenta previa, embarazo cervical, condiloma acuminado, ulcera herpética y chancro.

Con la exploración bimanual, se puede encontrar tumoraciones producto de canceres avanzados, presencia de sangre o pus en las paredes del útero. El medico puede palpar el útero crecido a causa de la invasión y crecimiento tumorales. En casos avanzados también se pueden encontrar compromiso vaginal; al tacto rectal sonde se palpa un tabique recto vaginal grueso, duro e irregular entre los dedos índice y medio.

### 3.1.13 PRÁCTICA DE LOS EXÁMENES GINECOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE ÚTERO

#### A. EXAMEN DE PAPANICOLAOU (PAP)

La prueba de PAP, cuyo nombre deriva de su inventor, Dr. George Papanicolaou, es uno de los métodos más eficaces para determinar si hay células anormales en el cuello uterino.<sup>15</sup> Es una prueba sencilla, rápida y barata, mediante la cual es posible ver al microscopio si hay células anormales antes que la mujer tenga algún síntoma y se realiza de la siguiente forma:

- Con un espéculo, se inspecciona el cuello uterino y se toma una muestra de las células para analizar.
- Se utiliza la espátula de Ayre para obtener células de la superficie del Exocervix.
- Para obtener la muestra del Endocervix se debe introducir el citocepillo o hisopo, en el canal Endocervical rotando 360.
- Estas células se colocan sobre una lámina de vidrio, la muestra del endocervix se extiende longitudinalmente en la mitad superior de la lámina, mientras que la muestra del exocervix se coloca en la siguiente mitad, luego de esto se realiza la fijación con alcohol etílico absoluto al 70 %, después de fijada la muestra será enviada al laboratorio para que un citólogo lo analice.

#### B. FRECUENCIA:

Toda mujer debe someterse a la prueba PAP luego de haber iniciado su actividad sexual.

Las mujeres vírgenes no requieren el test. Si después de 3 años consecutivos los resultados son normales, la prueba se puede hacer con menos frecuencia, según lo indique el médico.

Las mujeres con mayor riesgo de tener cáncer de cérvix y las que han sido tratadas por este tipo de cáncer anteriormente, deben ser examinadas con más frecuencia. También deben hacerse la

---

<sup>15</sup> Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, et al. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14(6):888-894.

prueba aquellas mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía por cáncer cervical, así como las que han entrado en la menopausia o las que ya la hayan pasado.

Los resultados de la prueba PAP se pueden expresar según distintas clasificaciones:

- **Negativo o normal:** Se considera así cuando las células son normales y no ha habido cambios en ellas.
- **Anormal inflamatorio:** Se considera así cuando las células son ligeramente anormales. Una prueba “anormal” se debe muchas veces a un aligera inflamación del cuello uterino, por lo general, estas células vuelven a la normalidad sin tratamiento alguno.

Normalmente, el Médico recomienda que se haga una nueva prueba PAP a los tres o seis meses para ver si ha habido cambios en las células. El Médico u Obstetra podrá realizar una biopsia para confirmar los resultados de la prueba PAP.

– **Displasia:** Cuando existe una alteración celular. Esta alteración puede encontrarse en tres etapas:

- **Displasia leve:** Cuando hay células anormales de aspecto neoplásico en el extendido citológico, referidos a la capa basal del epitelio. Por lo general, se requiere que se repita la prueba cada seis meses.
- **Displasia moderada:** Cuando hay una mayor concentración de células anormales en la superficie del cuello uterino. Luego de confirmar este diagnóstico por colposcopia y/o biopsia, el tratamiento indicado suele ser congelamiento de las células anormales o la terapia con rayos laser o la extirpación de la zona (LEEP). Deberá hacerse nuevas pruebas PAP después de estos tratamientos.
- **Displasia Grave:** Cuando ocurren serios cambios en las células de la superficie del cuello uterino. El tratamiento

indicado suele ser la eliminación quirúrgica de la zona afectada o la conización u otros métodos diversos de tratamiento. Siempre debe realizarse confirmación a través de biopsia con o sin colposcopia.

En relación con la displasia, es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- La displasia no es cáncer.
- La evolución de la displasia es imprevisible, ya que a veces mejora sin tratamiento médico, otras veces persiste o empeora hacia cáncer.

Por eso, es muy importante hacerse la prueba PAP con regularidad.

- Las mujeres entre 25 y 35 años de edad corren un riesgo mayor de tener displasia, carcinoma In situ o cáncer invasor.
- Un resultado “positivo” de la prueba PAP indica la presencia de células cancerosas de un carcinoma in situ (cáncer localizado usualmente en la capa superior del tejido, sin invadir tejidos profundos) o un cáncer invasor (tumor maligno que destruye los tejidos normales cercanos). Tanto el carcinoma in situ como el cáncer invasor requerirán tratamiento, pero previamente deberá realizarse una biopsia (que consiste en extraer una muestra de tejido y analizarlo en el laboratorio) para determinar el tipo celular.
- La prueba PAP permite el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino y marca la pauta para seguir los consejos del médico. Mientras más pronto se diagnostique y se trate, mayores son las posibilidades de curarse.

### **C. VIRUS PAPILOMA HUMANO**

Desde los primeros estudios epidemiológicos se ha sugerido una relación causal entre el carcinoma de cérvix y sus lesiones precursoras con el VPH y a su vez con la actividad sexual, el número de compañeros sexuales y la precocidad del comienzo de las relaciones sexuales de las pacientes. Otro elemento importante para las mujeres en general y para aquellas con patología cervical displasia o tumoral es el contacto con un "compañero de alto riesgo" caracterizado por una historia de promiscuidad sexual junto con contactos con mujeres con lesión cervical presente o pasada. De hecho se han detectado la presencia de genotipos de alto riesgo en el semen de compañeros sexuales de mujeres que eran igualmente positivas para este tipo, reforzando la importancia de la transmisión de la enfermedad. En este sentido recientemente se ha comunicado la asociación entre circuncisión y menor riesgo de infección por VPH en el varón. De todos los agentes microbiológicos investigados en estas pacientes y sus compañeros el único en el que se ha demostrado una relación importantísima con el carcinoma de cérvix y sus lesiones precursoras es el VPH.<sup>16</sup>

### **D. ESTRUCTURA DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO:**

Los papilomas virus pertenecen al género A de la familia de los Papovaviridae. Esto es debido a que las proteínas de la cápside viral son antigénicamente muy similares entre sí, el papiloma virus no se clasifican por serotipos sino que atendiendo a las características de su ADN se clasifican según genotipos. Contienen una doble hebra de ADN de 7800 a 7900 pares de bases, el virión mide 45-55 nm. Y tiene una cápside icosaédrica compuesta por 72 capsomeros. Es un microorganismo con un genoma de tamaño limitado que no codifica enzimas limitantes de la replicación viral y por tanto depende de la

---

<sup>16</sup> Barbara S.Apgar, Gregory L.Brotzman, Mark Spitzer, Colposcopia Principios y Práctica. Manual y Atlas Integrados 2º Edic. 21- 25

maquinaria genética de la célula huésped y de su replicación para reproducirse. Tiene preferencia por el epitelio inmaduro del cérvix (células metaplásicas y células del estrato basal o de reserva) el cual posee actividad mitótica, y éste se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, en la zona de transformación cervical y una vez infectadas, con su proliferación favorecen la progresión e infección del virus. El genoma viral está organizado en tres regiones principales: dos regiones codificadoras de proteínas (regiones precoz y tardía) y una región no codificante pero sí reguladora (upstream regulatory región, URR).

- La URR es un segmento de ADN de aproximadamente 400 pares de bases adyacente al origen de la replicación viral y no codifica proteínas virales. En su lugar contiene secuencias a las que se unen factores de transcripción tanto de tipo positivo como negativo. Entre ellos se incluye la proteína activadora 1 (AP 1), el factor 1 de transcripción específico de queratinocitos (KRF 1), un factor nuclear (NF-I/CTF), así como factores transcripciones codificados por la región precoz. La región URR controla la transcripción y con ello la síntesis de proteínas de las regiones precoz y tardía. Debido a su capacidad de unir gran número de factores específicos de transcripción, juega un papel crítico determinando las posibilidades de infección y genotipos para un determinado huésped.
- **La Región Precoz** (early region: E) le sigue a la región URR y contiene seis regiones codificantes (E1, E2, E4, E5, E6, E7) de las cuales la E6 y E7 generan proteínas con alto poder oncogénico que se traduce en poder transformante y de inmortalización celular. El resto de segmentos sintetizan proteínas propias de la estructura y función del virus. El codifica dos proteínas requeridas para la replicación extra cromosómica del ADN viral y para completar su ciclo vital. Algunos de los "cebadores de consenso" ("consensus primers") amplifican esta región como es el CpI-CpII<sub>G</sub>. En E2 se codifican dos proteínas que en cooperación con las de E1 son necesarias para la replicación extra

cromosómica. La proteína que contiene toda su secuencia (full-length) actúa uniéndose a secuencias específicas de la región URR actuando como factor activador de la transcripción de la región precoz mientras que la proteína E2 de menor tamaño inhibe la transcripción de dicha región. La proteína E4 parece ser importante para la maduración y replicación viral; la proteína E4 del HPV 16 en queratinocitos humanos produce un colapso y acumulación de las queratinas citoplasmáticas que podría ser la causa del característico halo peri nuclear de los "koilocitos", células características en los cortes histológicos y extendidos citológicos de la infección viral. Del resto de componentes de la región precoz se conocen menos detalles: de la proteína de E5 se sabe que interacciona con receptores de membrana del tipo de EGF y PDGF, y de esta manera podría estimular la proliferación de las células infectadas por el HPV.<sup>16</sup>

- **La Región Tardía** (late región: L) contiene dos regiones codificantes L1 y L2 y generan proteínas que forman parte de la cápside viral. L1 codifica la más importante de las proteínas que es una forma muy extendida entre los distintos virus específicos de especie. Tienen la capacidad de generar anticuerpos que pueden ser detectados en pacientes infectadas. De la región L2 se codifican proteínas de menor tamaño y mayor variabilidad de varias especies de la cápside viral. La transcripción de L1 y L2 está regulada por factores reguladores de transcripción que se producen únicamente en aquellas células epiteliales más diferenciadas de la capa superficial del cérvix; esto explica por qué la producción de viriones y el efecto citopático es más pronunciada en las lesiones histológicamente de más bajo grado. Muchos de los "cebadores de consenso" ("consensus primers") que detectan un amplio grupo de genotipos de HPV, amplifican la región L1 como son Oli-1b/Oli-2i, My09/My11, Gp5/Gp6, Gp5+/Gp6+ o como el "cocktel"

---

<sup>16</sup> Barbara S.Apgar, Gregory L.Brotzman, Mark Spitzer, Colposcopia Principios y Práctica. Manual y Atlas Integrados 2º Edic. 35- 37

recientemente descrito SPF1/SPF2.<sup>16</sup> Los hallazgos de estudios con células tumorales en cultivo sugieren que los genes de E6 y E7 son necesarios para el mantenimiento del fenotipo transformante de las células E7 puede immortalizar queratinocitos humanos en cooperación con las oncoproteínas ras; E6 no puede immortalizarlos por sí sola, pero transforma células epiteliales mamarias. Se ha observado una acción cooperativa entre E6 y E7. En cultivos celulares tridimensionales, queratinocitos infectados por HPV16 produce unos cambios morfológicos superponibles a los observados en lesiones histológicas de displasia. El mantenimiento de estos cultivos y los sucesivos pases que se realizan incrementa este efecto citopático, lo que podría estar en relación con los estudios epidemiológicos que apuntan a un periodo de latencia largo entre la infección primera y los efectos lesionales.

La proteína codificada por E6 del HPV16 tiene aproximadamente 150 aminoácidos y un átomo de Zn, alterando el crecimiento celular al interferir con la proteína p53. E6 al unirse con p53 estimula la degradación lítica de ésta última en un proceso dependiente de ubiquitina y de la proteína asociada a E6 (E6-AP), lo que lleva consigo una disminución de la cantidad de p53 estimulación del ciclo celular y de la actividad mitótica. Recientemente se ha descrito otro mecanismo por el cual E6 puede inhibir la normal función reguladora de p53; E6 provocaría una disrupción del complejo p53-ADN y subsecuentemente disminuiría la transactivación transcripcional de p53 en un proceso independiente de ubiquitina.

Se sabe que la proteína E1 tiene actividad helicasa muy importante para la replicación viral mientras que E2 inhibe la expresión de E6 y E7 interfiriendo con los promotores de éstos dos últimos genes, suprimiendo la proliferación de las células tumorales. La integración viral ocurre dentro de la región E1-E2 de manera que la disrupción que lleva consigo interrumpe las funciones fisiológicas de las proteínas codificadas por dichas regiones del genoma viral, liberando así la

---

<sup>16</sup> Barbara S.Apgar, Gregory L.Brotzman, Mark Spitzer, Colposcopia Principios y Práctica. Manual y Atlas Integrados 2ª Edic. 35- 37

expresión de E6 y E7. En la mayor parte de las lesiones de bajo grado el virus se encuentra en forma episomal (no integrado en el ADN celular) mientras que en un alto porcentaje de casos de carcinomas el virus está integrado.

### **E. VACUNA CONTRA EL PAPILOMA VIRUS**

La vacuna contra el virus del papiloma humano; serotipos 16 y 18 está indicada para proteger a las mujeres frente a las enfermedades causadas por la infección por el virus del papiloma humano que produce cáncer de cérvix y lesiones cervicales precancerosas con potencial de convertirse en cáncer. No protege frente a todos los serotipos de VPH pero como se menciona en el presente los serotipos 16 y 18 son responsables de la mayoría de casos de cáncer de cuello uterino. No es infecciosa por lo que no produce enfermedad en las mujeres relacionada al VPH.<sup>17</sup>

Dicha vacuna no debe administrarse si la persona que va a ser vacunada es alérgica a la vacuna o posee alguna infección grave con fiebre alta; se debe tener cuidado especial si la persona posee un problema de coagulación o le aparecen hematomas con facilidad o posee alguna enfermedad inmunológica primaria o secundaria.

Como todas las vacunas, puede que la vacuna contra el virus papiloma humano; serotipos 16 y 18 no proteja completamente a todas las personas que se vacunen.

La vacuna contra el virus de papiloma humano; serotipos 16 y 18 no protege de las enfermedades causadas por la infección por los tipos 16 o 18 del VPH si en el momento de la vacunación los sujetos ya están infectados.

Aunque la vacunación puede proteger frente al cáncer de cuello de útero, no es un sustituto de la exploración ginecológica rutinaria del

---

<sup>17</sup> PATH, Instituto de Investigación Nutricional (IIN) y Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). Vacunación contra el virus del papiloma humano en América Latina: Lecciones aprendidas de un programa experimental en el Perú. Seattle: PATH; 2010.  
[https://www.path.org/publications/files/RH\\_hpv\\_lessons\\_learned\\_peru\\_sp.pdf](https://www.path.org/publications/files/RH_hpv_lessons_learned_peru_sp.pdf)

Cuello de útero ni del control periódico con el Papanicolaou además de medidas de prevención y de protección.

Respecto a la duración de la protección desde la vacunación, en los estudios clínicos, se ha observado una protección sostenida hasta 6.4 años después de la primera dosis en mujeres de 15 a 25 años de edad.

No se ha investigado la necesidad de administrar una dosis de refuerzo.

El médico o la enfermera deben administrar la vacuna contra el virus de papiloma humano mediante una inyección en el muslo de la parte superior del brazo.

Esquema de vacunación:

- Primera Dosis: en la fecha elegida
- Segunda Dosis: 2 meses después de la primera inyección
- Tercera Dosis: 6 meses después de la primera inyección

Una vez administrada la primera dosis de la vacuna contra el virus de papiloma humano; serotipos 16 y 18 se recomienda que se utilice la misma vacuna (y no otra vacuna frente al VPH) para completar el esquema de vacunación de 3 dosis. El Ministerio de Salud (MINSA) vacuno contra el Virus Papiloma Humano (VPH) desde abril a más de 400,000 niñas entre 9 a 12 años, a nivel nacional y las menores que cursan el 5to grado en colegios público y privados, recibirán su primera dosis mientras que la vacuna se brindará igualmente a las niñas del 6to grado que no completaron el esquema de las tres dosis.

La causa principal del cáncer de cuello uterino es el VPH. Por ello, como una medida para reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad se consideró dentro del Plan de Salud Escolar la campaña de vacunación a nivel nacional.

### **Vacunación contra el virus del papiloma humano en América Latina**

En 2006, PATH inició el proyecto Vacunas contra el VPH, evidencias para impacto con el propósito de contribuir a que las vacunas que previenen el cáncer de cuello uterino estén disponibles a las mujeres en todo el mundo especialmente en países donde ellas tienen más probabilidades de morir a causa de esta enfermedad. A fin de abordar el hecho de que las mujeres en estos países suelen enfrentar retrasos en su acceso a las nuevas tecnologías de salud, el proyecto Vacunas contra el VPH busca generar pruebas para ayudar a formuladores de políticas y planificadores a nivel mundial a tomar decisiones informadas respecto a los esfuerzos regionales y nacionales de introducción de la vacuna y los planes de financiamiento internacional de ésta. El proyecto está siendo implementado en cuatro países: India, Perú, Uganda y Vietnam. El Perú tiene una de las tasas más altas de incidencia de cáncer de cuello uterino y de mortalidad a causa de éste en la región de América Latina y el Caribe. A través de un proyecto demostrativo ejecutado en 2008–2009 en áreas seleccionadas del país, la vacuna contra el VPH se puso a disposición de todas las niñas de nueve años de edad o mayores que cursaban el quinto grado. El proyecto en el Perú fue implementado por la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) del Ministerio de Salud (MINSA), con apoyo técnico de PATH, y evaluado por MINSA/ESNI, PATH y el Instituto de Investigación Nutricional (IIN). Las lecciones aprendidas del proyecto en el Perú pueden aplicarse a otros países con contextos culturales, económicos y sanitarios similares. Este informe interpreta los resultados y resume lecciones útiles para formuladores de políticas y gerentes de programas que deseen diseñar sus propios programas de vacunación contra el VPH.

**a) CONOCIMIENTO:**

El conocimiento, ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos, ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo. Al respecto Rossental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano, y está condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.<sup>18</sup>

AFANASTEV define conocimiento como “la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, en la cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa; los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia el en forma de sistema lingüístico”.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista fisiológico, Salazar Bondy, define el conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje.

Entonces se podría concluir que conocimiento es la suma de hecho y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el conocimiento y continua hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quien aprende.

---

<sup>18</sup> MENDEZ DJ, El conocimiento Humano. Edit. Interamericano, México 2004, pág. 56

<sup>19</sup> Afanasiev.Victor, Manual de Filosofía,3 era edición, Buenos Aires, 2010, pág. 154

### **a.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO**

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.

### **a.2 FORMAS DE MEDIR CONOCIMIENTOS**

Se suele utilizar la escala de Likert. Esta escala se difundió ampliamente por su rapidez y sencillez de aplicación, aunque se aplica mayormente para evaluar actitudes, es válida para medir también nivel de conocimientos; desde su desarrollo en 1932 su aplicación ha tenido un crecimiento exponencial a lo largo de los años y en la actualidad.<sup>19</sup>

### **b) ACTITUDES**

Las actitudes son un tipo de diferencias individuales que afectan el comportamiento de los individuos. Se puede definir como las tendencias relativamente durables de emociones, creencias y comportamientos orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados. Tanto la gente importante en la vida de la persona, como los factores genéticos tienen influencias en las actitudes del individuo.

#### **b.1 Elementos de las Actitudes**

##### **- Elemento cognitivo:**

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

---

<sup>19</sup> Afanasiev.Victor, Manual de Filosofía,3 era edición, Buenos Aires, 2010, pág. 154

**- Elemento Afectivo:**

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por sus componentes.

**c) PRINCIPIOS**

Los principios que inspiran la protección de la vida y el fomento de los métodos de salud se sustentan en los siguientes postulados.<sup>20</sup>

**c.1 Principio de respeto por las personas:**

El hombre por su esencia y estado natural no puede ser objeto para la ciencia. La libertad de investigaciones no debe atentar contra la individualidad del mismo, esto sobre la base de la defensa de los derechos fundamentales de la persona como el derecho de todo ser humano a la vida, a la integridad física y así como los derechos de la familia y del hijo.

Dentro de este principio se incluyen los casos de información y el consentimiento que debe permitirse al paciente. De allí que sea conocido en la doctrina también como el principio de autonomía, que consiste en tratar a las personas respetando su libertad y autodeterminación.

**c.2 Principio de beneficencia**

Todo procedimiento o medida médica aplicada al ser humano debe basarse en la utilidad, beneficio y solidaridad de sus resultados. Es decir, los fines que se busca con las intervenciones médicas son positivas y de orden terapéutico. Todo acto que atienda a perjudicar la vida debe ser evitado.

---

<sup>20</sup> Enrique Varsi Rospigliosi, Derecho Genético, 2da Edición, pag.59-61

### **c.3 Principio de justicia**

No debe establecerse discriminación alguna en la aplicación y ejecución de los tratamientos médicos. Todos los seres humanos tienen igual derecho a ser asistidos clínicamente y de acuerdo a las necesidades y urgencias que requiera su salud. La igualdad en el tratamiento científico.

### **c.4 Principio de solidaridad**

La entrega, ayuda y trato similar es la base de este principio. La bioética sienta en su base en este principio partiendo del hecho que de toda persona tiene derecho a un servicio de salud, pero a la vez esta merece tener un respeto y un cuidado personal.<sup>21</sup>

### **c.5 Principio de No Maleficencia**

Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Este principio está contemplado en el juramento hipocrático cuando expresa "Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño".

---

<sup>21</sup> Sánchez, Z; Marrero, N.; Becerra, O.; Herrera, D. y Alvarado J. (2003). Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003; 19(5) [Documento en Línea] Disponible en: [http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_5\\_03/mgi12503.h](http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi12503.h)

El principio de no maleficencia no debe ser considerado de forma aislada ya que muchos procedimientos en el área de la salud pueden ocasionar daños y/o sufrimientos, así como causar riesgos al paciente, sin embargo se justifican en razón de los beneficios que puedan generar, que por supuesto deben superar al dolor y la discapacidad.<sup>20</sup>

Se diferencia del principio de beneficencia en que pudiese en ocasiones hacer el bien al paciente y sin embargo, acontecer complicaciones no contempladas que eventualmente pudieran perjudicarlo directa o indirectamente.

El equipo de salud en servicio al paciente debe preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo.

**d) PROSTITUCIÓN:**

La prostitución es la institución social que consagra la comercialización de las actividades sexuales entre las personas. De acuerdo a esta definición podemos deducir que muchas son las personas que pueden caer en actos de prostitución, aun dentro del matrimonio, y en innumerables situaciones sociales.

Prostituta o prostituto es aquella persona que ejerce la prostitución en forma habitual, como actividad profesional u oficio. Puede ser heterosexual, así como homosexual.

A lo largo de los siglos la prostitución ha constituido un fenómeno social es decir nació supuestamente, desde la aparición del hombre en sociedad así, se le denominado “el oficio más antiguo del mundo”.

Todo lo cual, independientemente de lo religioso, está señalando el contexto social del momento. Si bien encontramos la prostitución desde los orígenes de la humanidad, su concepción ha sufrido varios

---

<sup>20</sup> Enrique Varsi Rospigliosi, Derecho Genético, 2da Edición, pag.59-61

cambios que resultan explicables si se toma en cuenta su desarrollo en los diversos países conforme a su cultura y civilización.<sup>22</sup>

El término prostitución define cualquier mujer u hombre que lleva a cabo el coito con compañero o compañera, en cuya elección se excluye el factor emocional o afectivo, constituyéndose así la retribución monetaria en la en la finalidad de dicha actividad. (Ricardo Franco1973, 13)

Filológicamente proviene de la palabra latina *prostitutio*, enis: “acción y efecto de prostituirse.” *Prostituir*, *prostituere*, referido a “exponer públicamente a todo género de sexualidad y torpeza de esta índole; exponer, entregar, abandonar a una mujer a la pública deshonra o corromperla”<sup>23</sup> y, desde el punto legal, se define a la prostitución como: “el tráfico vergonzoso que una mujer hace de sí misma”. (Joaquín Escriche 1920, 1399)

También es interesante la definición desde el punto de vista psicológico porque toma a la prostitución como “aquella actividad es interesante desde el punto de vista psicológico porque toma a la prostitución como aquella actividad que denota una autodegradación artificial al ego, que sirve a tendencias de autocastigo basadas en sentimientos de culpa; en otros casos el castigo va dirigido contra la familia, especialmente el padre”. (Elena Álvarez 1970, 6-10)

Para los investigadores de asuntos sociales, la prostitución comprende a la “mujer que comercia con sus atractivos físicos, esforzándose en ganar la mayor cantidad de remuneración económica posible, en tener clientela de la que obtener provecho y llevar a cabo esta explotación en las mejores condiciones”. (Marcel Sacotte 1969, 9)

Considerando estas definiciones acerca de la prostitución todos sus enfoques económico-sociales pude afirmarse que denotan un mismo significado. Precisamente concuerdan en el hecho de que la actividad

---

<sup>22</sup> Dra. Guadalupe Ríos de la Torre UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-AZCAPOTZALCO [http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/tye14/art\\_hist\\_01.html](http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/tye14/art_hist_01.html)

<sup>23</sup> Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española 1939,10-39

es una forma de degradación humana que consiste en poner en juego la sexualidad a través de su comercialización; se complementa con que sus actos repercuten contra quien la ejerce, contra quien la compra y contra la misma sociedad.

#### e) **PROMISCUIDAD**

La promiscuidad es una conducta que ha acompañado al ser humano durante toda su historia, para iniciar podemos recordar a una de las sociedades más famosas al respecto en la historia: Los Romanos; para casi de todos, es conocida la promiscuidad sexual en que se vivió en la antigua Roma, nombres como Tiberio, Calígula, Claudio, Julia y Mesalina, se consideran algunos de los grandes exponentes de la lujuria reinante en el imperio Romano. Esa "libertad sexual" en que se vivía, no era sólo el privilegio de los gobernantes. La presencia de esclavos y esclavas en los hogares de los grandes señores permitía que se relacionaran sexualmente y también era algo bastante conocido por todo el mundo romano.<sup>24</sup>

Lo que podríamos denominar "libertad sexual", estaba íntimamente relacionada con el amplio desarrollo de la prostitución.

Las prostitutas romanas tenían que llevar vestimentas diferentes, teñirse el cabello o llevar peluca amarilla e inscribirse en un registro municipal, además de recibir educación para el placer y la conversación, eran mujeres de amplia cultura general.

El lugar favorito para las relaciones sexuales eran los baños, ofreciendo sus servicios tanto hombres como mujeres; incluso se conoce que existían algunos prostíbulos frecuentados por mujeres de clase elevada donde podían obtener servicios de jóvenes, conocidos como "spadoni" calificativo obviamente relacionado con el buen funcionamiento y tamaño de sus atributos masculinos.

---

<sup>24</sup> Hablemos de sexualidad en familia, promiscuidad. Martínez, J. (s.f.). *Promiscuidad*. Recuperado el 04 de abril de 2012 de: <http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/promiscuidad.html>

En esa época, las prostitutas estaban divididas en diversas categorías LAS MERETRICES, estaban registradas en las listas públicas mientras que LAS PROSTITIBULAE ejercían su profesión donde podían, librándose del impuesto. LAS AMBULATARAE recibían ese nombre por trabajar en la calle o en el circo mientras que LAS LUPAE trabajaban en los bosques cercanos a la ciudad y LAS BUSTUARIAE en los cementerios. LAS DELICATAE eran las prostitutas de alta categoría, teniendo entre sus clientes a senadores, negociantes o generales

Según la definición del diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (RAE), promiscuo es "la persona que mantiene relaciones sexuales con una o varias personas, así como de su comportamiento, modo de vida, etc.". A esto habría que añadirle que esa actitud no les supone ningún problema de tipo moral o psicológico, ya que es consecuente con sus actos y disfruta plenamente de sus relaciones.<sup>23</sup>

Siendo así, la promiscuidad y la prostitución son términos que históricamente se ha ligado o han sido ligados por el Vox Populi, y aquí cabe aclarar que la mayoría de las prostitutas son femeninas por la simple razón de que la demanda de prostitutas femeninas es mayor que de varones, sobre todo porque los varones son los que trabajan y cuentan con dinero para pagar los servicios, hasta hace unos 10 años la tendencia empieza a cambiar, ya que actualmente algunas mujeres también cuentan con ingresos propios y por tanto pueden pagar los placeres del sexo.

En la escena de los placeres que se venden han entrado los homosexuales y los transexuales, ya que el mercado de la prostitución también demanda de sus servicios.

Las personas que trabajan al servicio de los placeres del sexo constantemente han sido tachadas de promiscuas, y a su vez las personas que las buscan para contratar sus servicios son también llamadas promiscuas. Estas son algunas de las capas sociales más

---

<sup>23</sup> Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española 1939,100-116

evidentes de los que se llama promiscuidad y por una relación más que obvia, la ganancia secundaria de estas actividades es meramente monetaria.

Tradicionalmente al varón se le ha tachado de ser el promiscuo ya que fácilmente cae en los comentarios y las anécdotas de las mujeres que ha conquistado y ha podido llevar a la cama.

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define a la promiscuidad como la convivencia con personas de distinto sexo o la mezcla y confusión.

El concepto, sin embargo, está asociado a la práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas o grupos sexuales. Se trata, por lo tanto, de una noción opuesta a la monogamia (vinculada al mantenimiento de relaciones con una única pareja).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promiscuidad tiene lugar cuando un sujeto tiene más de dos parejas sexuales en menos de seis meses. Dicha acepción, de todas formas, no es exacta ya que la idea de promiscuidad puede variar con el tiempo y según las culturas.

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

A) **AUTORES:** María del Rocío Rocha Rodríguez, Maritza Evangelina Juárez y Col.<sup>25</sup>

**TITULO:** “IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA CONTRAER VIRUS E PAPILOMA HUMANO EN SEXOSERVIDAS”

**Fuente:** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología

**RESUMEN:**

**Introducción:** tener relaciones sexuales con varias parejas y/o sin protección, es el principal factor para transmisión del virus del papiloma humano.

**Objetivo:** Determina los principales factores de riesgo que favorecen la adquisición del virus del papiloma humano en mujeres trabajadoras sexuales de la cabecera del Municipio de Río verde, San Luis Potosí.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, con una muestra de 20 mujeres sexoservidas en Río verde, con edades de 15 – 45 años. Se realizó la construcción del instrumento de investigación ( $\alpha = 0.710$ ) con 25 preguntas, aplicadas a la población de estudio, se aplicó personalmente en los clubes nocturnos concurridos de la ciudad, se utilizó el programa SPSS versión 17.0 para el análisis de los datos.

**Resultados:** El 57.1% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre los 13 – 15 años de edad; el 50% de grupo mantiene relaciones sexuales con 2-3 parejas por noche; 50% son fumadoras activas. Ha presentado infecciones vaginales con flujo el 57.1%; el 28.7% no se ha realizado la prueba de Papanicolaou. El 42.8% han tenido de 3 a más embarazos a términos.

---

<sup>25</sup> Rocha Rodríguez María del Rocío, Juárez Juárez Maritza Evangelina, Ruiz Jiménez María Monserrat, Ramírez Banda Xóchitl Guadalupe, Gaytán Sánchez María del Refugio, Contreras Valero Paula. “Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidas”. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Enero 2]; 38(2): 244-255. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200011&lng=es).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo de relevancia que se identificaron fueron: tener relaciones sexuales a temprana edad y sin protección tener varias parejas sexuales, multiparidad, población emigrante, con poca estabilidad, población vulnerable con conocimientos deficientes para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

- B) AUTORES:** HÉCTOR LEZCANO, FRANCISCA DONADÍO, AURI RODRÍGUEZ, IRASEMA ALONSO, LINDA FAJARDO  
**TÍTULO:** “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA DE LAS TRABAJADORAS DEL SEXO ACERCA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. CENTRO DE SALUD DE SANTA ANA, DISTRITO DE PANAMA. AÑO 2011”<sup>26</sup>

**Fuente:** Revista Médico Científica

**RESUMEN:**

**Introducción:** Un estudio realizado por el instituto conmemorativo Gorgas encontró que la prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres mayores de 15 años en panamá es de 55%. Las trabajadoras del sexo por su profesión tienen mayor riesgo de contraer el virus del papiloma humano.

**Objetivos:** determinar los conocimientos, actitudes y práctica de las trabajadoras del sexo acerca del virus del papiloma humano atendidas en el centro de salud de Santa Ana.

**Métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo conformado por 200 mujeres y la muestra de 132 con un nivel de confianza del 95%, las cuales se escogieron a través de un muestreo por conveniencia. El instrumento de recolección de datos empleado fue una encuesta tipo cuestionario, utilizando la técnica de entrevista.

**Resultados:** El 65% de las trabajadoras sexuales el rango de edad fue de 18 a 29 años de edad. El 93.20% de las trabajadoras sexuales que participaron en este estudio tienen una deficiencia de conocimientos sobre el virus del papiloma humano. Observamos un mayor porcentaje de trabajadoras del sexo con una actitud aceptable. Por otra parte, el 77.30% realizan prácticas aceptables para la prevención del virus del papiloma humano.

---

<sup>26</sup> Lezcano, Héctor, et al. "Conocimientos, actitudes y prácticas de las trabajadoras del sexo acerca del virus del papiloma humano. Centro de salud de Santa Ana, Distrito de Panamá. año 2011." *Rev Méd Cient.* [Internet] 2013 [citado 2016 Enero 15] 26(1): 22-30 Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/362>

**Conclusiones:** El conocimiento sobre el virus del papiloma humano que tienen las trabajadoras del sexo atendidas en el centro de salud de Santa Ana es deficiente, pero a pesar de esto tienen buenas actitudes y prácticas con respecto al virus del papiloma humano



C) **AUTORES:** J.R. Canche, J. Canul, R. Suárez, R. de Anda, M.R. González

**TITULO:** “INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES RECLUIDAS EN CENTROS DE READAPTACIÓN SOCIAL EN EL SURESTE DE MÉXICO”<sup>27</sup>

**Fuente:** Revista Española de Sanidad Penitenciaria

**RESUMEN:**

**Introducción:** El objetivo de este trabajo es describir la epidemiología de la infección por virus del papiloma humano (VPH) en un grupo de mujeres privadas de su libertad en el estado de Yucatán, México.

**Material y método:** Se realizó un estudio de corte transversal en el cual se incluyeron a 82 mujeres. Se recolectaron datos epidemiológicos a través de una entrevista directa utilizando un cuestionario estructurado y se tomó muestras de células cervicales. La infección por VPH y los genotipos fueron identificados por técnicas de biología molecular.

**Resultados:** La prevalencia global de VPH fue de 20,7%. Quince diferentes genotipos se identificaron; 60% de bajo riesgo, 26,7% de alto riesgo 13,3% no están clasificados en ninguno de los dos grupos. El genotipo VPH 6/11 fue el más común. El 23,5% (04/17) de las muestras positivas tuvieron infecciones múltiples, tres con dos genotipos, y una con tres. Se encontró asociación entre la infección por VPH y tabaquismo  $p= 0.0258$ , OR 3.79 IC 95%(1.01-15.58).

**Palabras clave:** Neoplasias del Cuello Uterino. Prisiones. Mujeres. México. Tabaco. VIH. Factores de riesgo. Enfermedades de transmisión sexual.

---

<sup>27</sup> Canche J.R., Canul J., Suárez R., de Anda R., González M.R.”Infección por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México”. Rev. Esp. Sanid. Penit. [Internet]. 2011 Feb [citado 2016 febrero 5]; 13(3): 84-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202011000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300003&lng=es).

**D) AUTORES:** J. López Olmos, J.J. Terradez y J. Gasull

**TÍTULO:** “PROSTITUTAS: INFECCIONES VAGINALES Y LESIONES CERVICALES EN LA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL”<sup>28</sup>

**Fuente:** Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia

**RESUMEN:**

**Introducción:** Hoy en día, el mayor peligro con las infecciones de transmisión sexual (ITS) se debe al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y al virus del papiloma humano (VPH). Todo se centra en su prevención, detección y tratamiento. Las ITS son un problema de salud pública porque causan enfermedades crónicas de alta morbilidad, con un coste elevado para la sociedad. Entre las poblaciones de riesgo se encuentran las prostitutas, que sufren de ITS múltiples. El cáncer de cérvix se considera una enfermedad de transmisión sexual (ETS) por su relación con el VPH. La citología cervicovaginal sirve de *screening* para las ITS y para la detección precoz del cáncer cervical.

**Objetivo:** Analizar las citologías cervicovaginales de prostitutas de la ciudad de Valencia (España) con el fin de detectar infecciones vaginales y lesiones cervicales precancerosas y de cáncer cervical para su correcto tratamiento.

**Diseño y método:** Durante 6 años (2002–2007) analizamos 756 citologías de prostitutas referidas a nuestro laboratorio a partir de las tomas de muestras en el centro de Medicus Mundi, según el proceso técnico habitual de Papanicolaou. Se comparan con un grupo control de 880 citologías del año 2007 en mujeres de 15 a 43 años.

**Resultados:** Entre 12 y 60 años, la edad media de las prostitutas fue de 30,74 años. La mayoría eran extranjeras (99%). En 170 casos (22,46%) se encontró una infección vaginal. Las más frecuentes fueron la vaginosis bacteriana (VB) en 84 casos (11,11%) y los hongos en 54 casos (7,14%). En 32 casos hubo LSIL (lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado) (4,23%) y en 8 casos hubo HSIL (lesiones

---

<sup>28</sup>J. López-Olmos, J.J. Terradez, J. Gasull, “Prostitutas: Infecciones Vaginales Y Lesiones Cervicales En La Citología Cervicovaginal”, Rev. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia-Elsevier España S.L. [Internet]. 2009 Jun Feb [citado 2016 abril 19]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-prostitutas-infecciones-vaginales-lesiones-cervicales-13142470>

escamosas intraepiteliales de alto grado) (1,05%). Sólo hubo un caso (0,13%) de cáncer infiltrante y 5 casos (0,66%) de coilocitosis.

**Conclusiones:** Hay mayor prevalencia de: *a*) infecciones vaginales, VB, tricomonas ( $p < 0,001$ ) y candidas ( $p < 0,05$ ) en las prostitutas que en la población normal, y *b*) lesiones cervicales: atipias de significado incierto y LSIL ( $p < 0,001$ ) y HSIL ( $p < 0,01$ ). No hubo diferencias significativas en el cáncer cervical entre ambos grupos.



#### 4. HIPÓTESIS

DADO QUE, las trabajadoras sexuales constituyen parte de la población vulnerable para adquirir lesiones pre malignas y cáncer de cuello uterino.

ES PROBABLE, que el nivel de conocimientos influya sobre las actitudes de trabajadoras sexuales sobre la toma de Papanicolaou de forma preventiva.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

**1.1. Técnica:** La técnica que se empleo fue la de la Comunicación: Encuesta.

**1.2. Instrumento:** El instrumento fue Documental: Cuestionario ANEXO2

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<b>Nivel de Conocimiento sobre Examen de Papanicolaou</b>	Información previa Para qué sirve Población que debe realizarse Importancia Frecuencia Requisitos Creencias negativas	Técnica de comunicación	Encuesta
<b>Actitudes sobre el Examen de Papanicolaou</b>	Medición de las actitudes	Técnica de comunicación	Encuesta
<b>Características Sociodemográficas, Sexuales y reproductivas</b>	Edad Grado De Instrucción Procedencia Inicio de Relaciones sexuales Edad de Inicio del Meretricio Paridad Método Anticonceptivo Se realizo anteriormente un PAP	Técnica de comunicación	Encuesta

### 1.3 Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de datos.

## 2. CAMPO DE VERIFICACION

### 2.1 Ubicación espacial.-

**2.1.1 Precisión del Lugar:** Departamento de Arequipa, Provincia de Islay, Distrito de Mollendo.

### 2.1.2 Características del Lugar:

- Casa de citas “El Refugio” ( AV. Panamericana de Villa Lourdes S/N – Mollendo)
- Casa de Citas “Las Sirenitas” (AV. Navarrete S/N – Mollendo)
- Casa de Citas “El Oasis”( AV. Panamericana de Alto Inclán S/N – Mollendo)

### 2.1.3 Delimitación Gráfica del Lugar: ANEXO 3.

### 2.2 Ubicación temporal.-

**2.2.1 Cronología:** Enero – Marzo 2016

**2.2.2 Visión Temporal:** Prospectiva

**2.2.3 Corte Temporal:** Transversal

**2.3 Unidades de Estudio:** Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo.

**2.3.1 Universo:** 70 Trabajadoras Sexuales

### 2.3.1.1 Cualitativo:

#### ❖ Criterio de Inclusión:

- Trabajadoras sexuales del Distrito de Mollendo.
- Trabajadoras sexuales que aceptaron realizar la encuesta

❖ **Criterio de Exclusión:**

- Trabajadoras sexuales que no desearon participar o se encontraron indispuestas.
- Trabajadoras sexuales que al momento de la encuesta se encontraron bajo efecto de estupefacientes o alcohol.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1 Organización:

- ❖ Se realizó la coordinación con los propietarios de las Casas de Citas respectivas que se incluyen en el estudio.
- ❖ Se aplicó un instrumento validado en estudios previos “Conocimiento, actitudes y frecuencia sobre la toma del Papanicolaou en usuarias que acuden al centro de salud ampliación Paucarpata. Arequipa-2014”, “Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el Distrito De Morales, Julio - Diciembre 2011.
- ❖ La encuesta fue aplicada por las investigadoras para evitar sesgos

#### 3.2 Recursos:

##### 3.2.1 Humanos:

- ❖ Autoras:
  - Bach. Marilia Geraldini Córdova Díaz.
  - Bach. Andrea del C. Valencia Rodríguez.
- ❖ Asesora:
  - Mg. Ricardina Flores Flores.

### 3.2.2 Físicos:

- ❖ Locales de las casa de citas
- ❖ Oficina de trabajo

**3.2.3 Económicos:** El proyecto de investigación fue Autofinanciado

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

### 4.1 Nivel de Sistematización de Datos:

**4.1.1 Tipo De Sistematización:** Manual

**4.1.2 Plan De Operación:**

**4.1.2.1 Clasificación:** Matriz de sistematización, para ordenar datos.

**4.1.2.2 Codificación:** En Excel

**4.1.2.3 Análisis:** Se empleó estadística descriptiva con medidas de frecuencia absoluta y porcentual. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 y Paquete de Datos SPSS 20.0. También se hizo uso de la Prueba Estadística de Chi Cuadrado con un nivel de Significancia del 5%.

**4.1.2.4 Tabulación:** Se utilizó tablas de doble entrada y simple.

**4.1.2.5 Graficación:** Se realizó gráficos

**4.2 Plan de Recuento:**

**4.2.1 Tipo de Recuento:** Electrónico y manual. Mixta.

**4.2.2 Prototipo de esquema(s) matricial(es) de conteo:** Estadísticas descriptivas con medidas de frecuencia absoluta (N) y relativa (%)

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

**TABLA N°1**  
**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

<b>VARIABLE</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
13-17	5	7.1
18-29	48	68.6
≥30	17	24.3
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Primaria	11	15.7
Secundaria	51	72.9
Sup. No Universitario	7	10.0
Sup. Universitario	1	1.4
<b>PROCEDENCIA</b>		
Arequipa	36	51.5
Tacna	17	24.3
Moquegua	12	17.1
Otras Provincias	5	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Matriz de datos

**Elaboración:** Personal

El 68.6 % de las trabajadoras sexuales del distrito de Mollendo tienen entre 18 y 29 años, El 72.9% de las trabajadoras sexuales tuvieron una instrucción secundaria Y un 51.4% de las trabajadoras sexuales tienen como procedencia Arequipa, mientras que el 7.1% proviene de otros lugares.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

**TABLA N°2  
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

VARIABLE	N°	%
<b>PARIDAD</b>		
1	25	35.7
2	20	28.6
3	2	2.9
>4	1	1.4
Ninguno	22	31.4
<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES</b>		
<15	31	44.3
DE 15 a 19 Años	36	51.4
≥20 Años	3	4.3
<b>INICIO EN EL MERETRICIO</b>		
<18 años	19	27.1
18 a 20 años	39	55.7
21 a 24 años	9	12.9
≥25años	3	4.3
<b>MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>		
Píldora	1	1.4
Inyectable	11	15.7
Condón	14	20.0
Ninguno	0	0
Otros	44	62.9
<b>ANTECEDENTES DE PAP</b>		
	N°	%
Si	57	81.4
No	13	18.6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 35.7% de las trabajadoras sexuales tuvieron solo 1 hijo, el 51.4% de las trabajadoras sexuales iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, el 55.7% de la población iniciaron el oficio del meretricio entre los 18 a 20 años, el 62.9% de las trabajadoras sexuales utilizan otros métodos y el 81.4% de las trabajadoras sexuales indican que si se realizaron anteriormente el examen de Papanicolaou, mientras que el 18.6% de las trabajadoras sexuales refiere que nunca se realizó el examen de Papanicolaou anteriormente.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

**TABLA N°3**

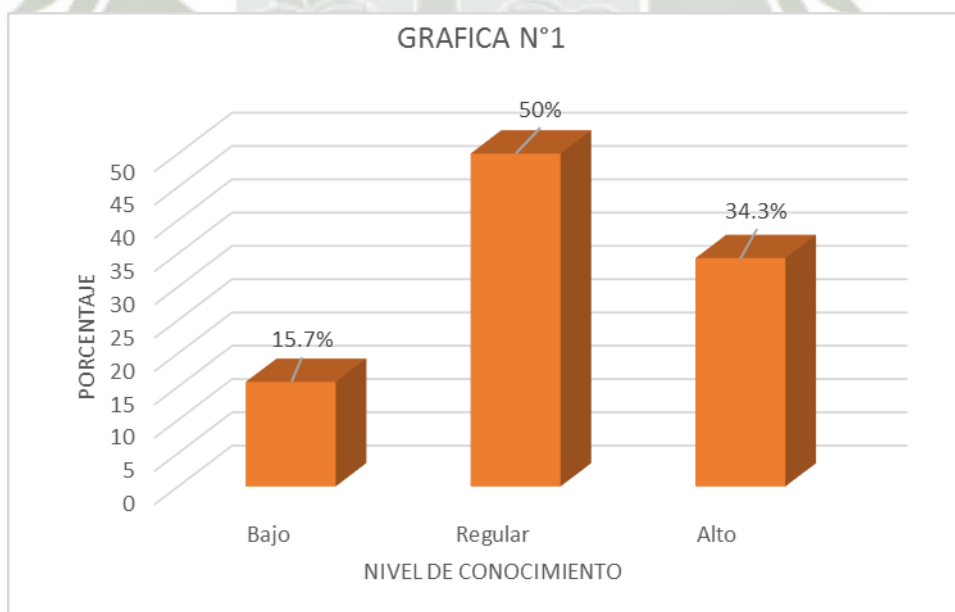
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
BAJO	11	15.7
REGULAR	35	50.0
ALTO	24	34.3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**Fuente: Matriz de datos**

**Elaboración: Personal**

El 50% de las trabajadoras sexuales tienen un nivel de conocimiento regular sobre el examen de Papanicolaou mientras que solo el 15.7% tienen un nivel de conocimiento bajo acerca del examen de Papanicolaou.



**Fuente: Matriz de datos**

**Elaboración: Personal**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

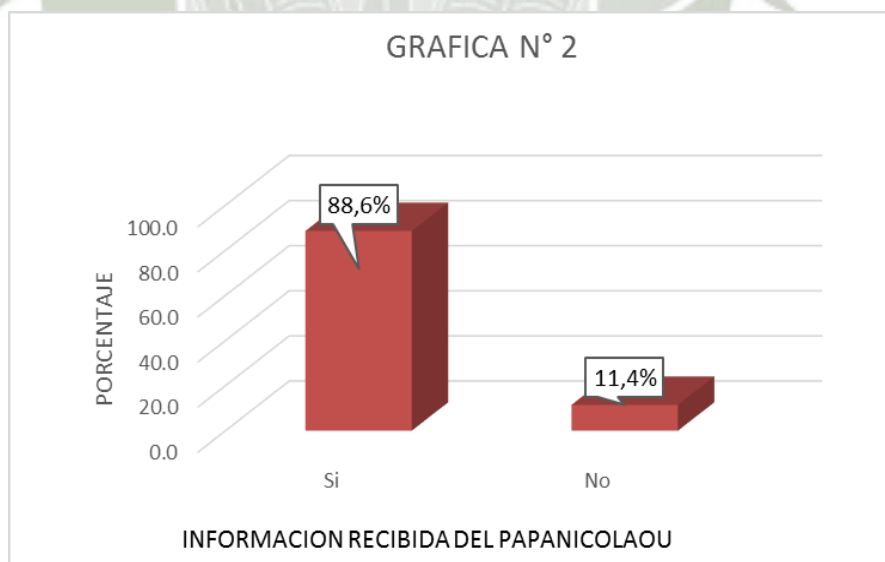
**TABLA N°4**  
**INFORMACIÓN PREVIA ACERCA DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
SI	62	88,6
NO	8	11,4
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Matriz de datos

**Elaboración:** Personal

El 88.6% de las trabajadoras sexuales respondieron que si recibieron alguna vez información previa acerca del examen de Papanicolaou, mientras que el 11.4% refiere no haber recibido dicha información previa del examen de Papanicolaou.



**Fuente:** Matriz de datos

**Elaboración:** Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

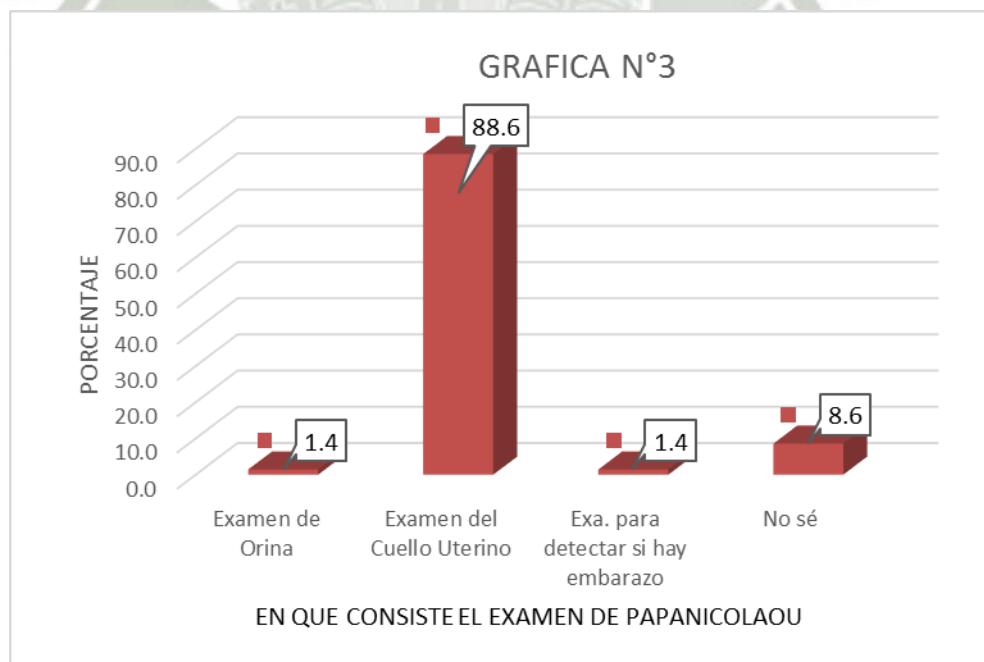
**TABLA N° 5  
CONOCIMIENTO SOBRE LA APLICACIÓN DEL EXAMEN DE  
PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Examen de Orina	1	1,4
Frotis de cuello uterino	62	88,6
Examen para detectar si hay embarazo	1	1,4
No sé	6	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 88.6% de las trabajadoras sexuales si conocen en que consiste la aplicación del examen de Papanicolaou, mientras que el 2.8% piensan que es para detectar un examen de embarazo o que es un examen de orina.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

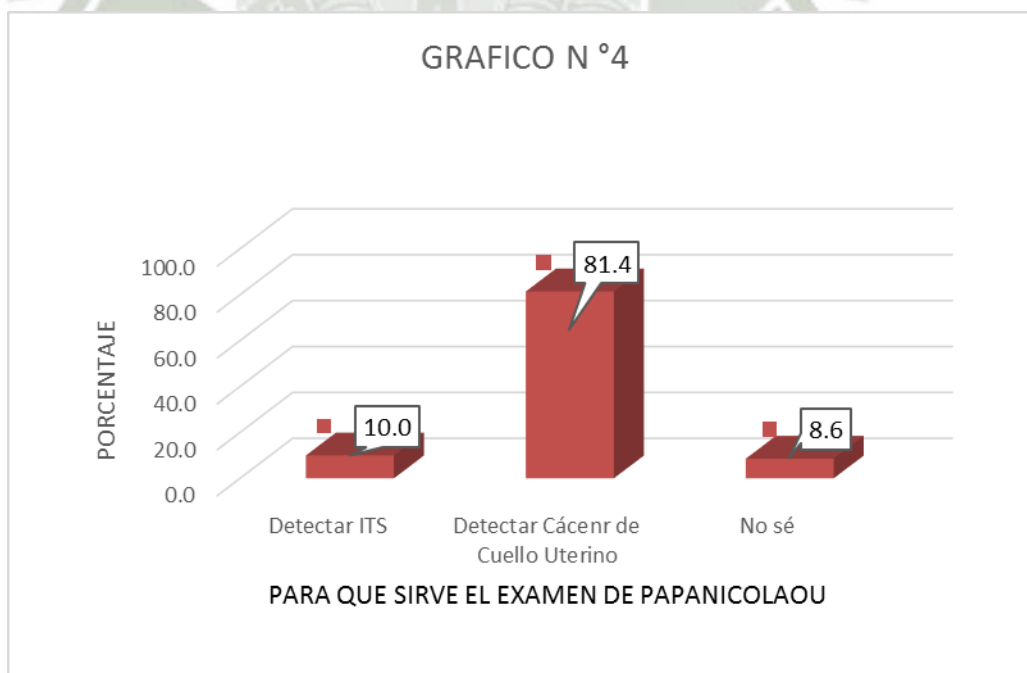
**TABLA N° 6  
CONOCIMIENTO SOBRE LA UTILIDAD DEL EXAMEN DE  
PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Detectar ITS	7	10,0
Detectar Células Pre-cancerosas y/o cancerosas del Cuello Uterino	57	81,4
No sé	6	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 81.4% de las trabajadoras sexuales saben cuál es realmente la utilidad del examen de Papanicolaou, mientras que el 8.6 % no sabe para qué se utiliza realmente.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

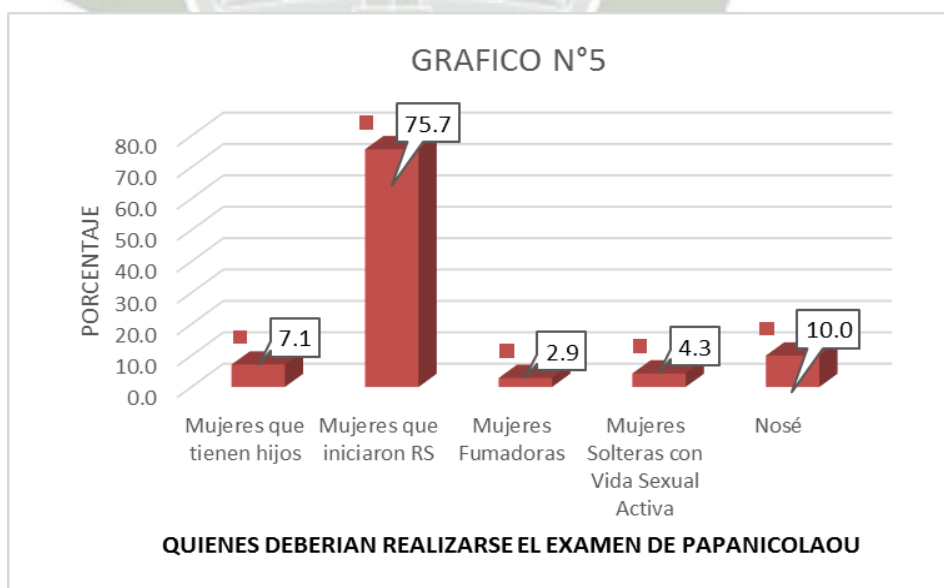
**TABLA N° 7  
CONOCIMIENTO SOBRE QUIENES DEBEN REALIZARSE EL  
EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Mujeres que tienen hijos	5	7,1
Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales	53	75,7
Mujeres solteras con vida sexual activa	2	2,9
No sé	3	10,0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 75.7% de las trabajadoras sexuales conocen que las mujeres que tienen que realizarse el examen de Papanicolaou son mujeres que iniciaron relaciones sexuales, mientras que el 4.3% piensan que quienes deberían realizárselo son mujeres solteras con vida sexual activa.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

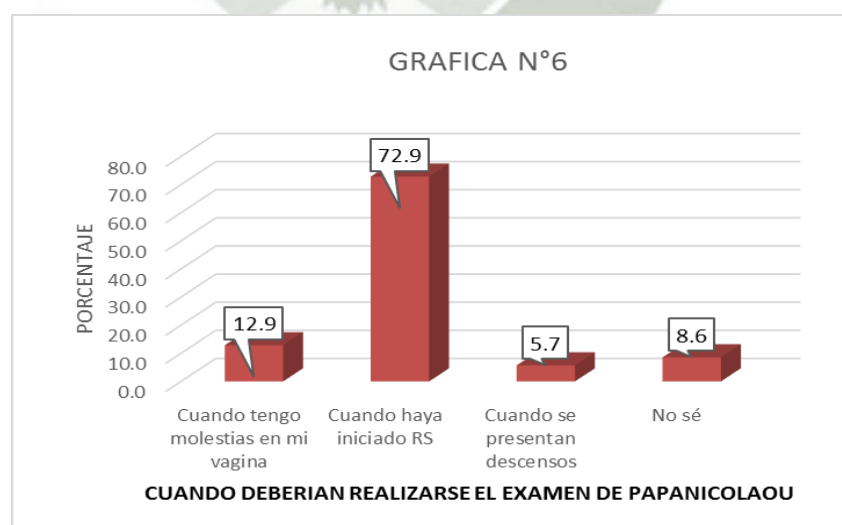
**TABLA N° 8**  
**CONOCIMIENTO SOBRE A PARTIR DE CUANDO DEBE REALIZARSE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Cuando tengo molestias en mi vagina	9	12,9
Cuando haya iniciado relaciones sexuales	51	72,9
Cuando se presentan descensos	4	5,7
No sé	6	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 72.9% de las trabajadoras sexuales saben que deben realizarse el examen de Papanicolaou cuando iniciaron relaciones sexuales, sin embargo sólo un 5.7% de dicha población creen que debe realizárselo cuando presentan descensos.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

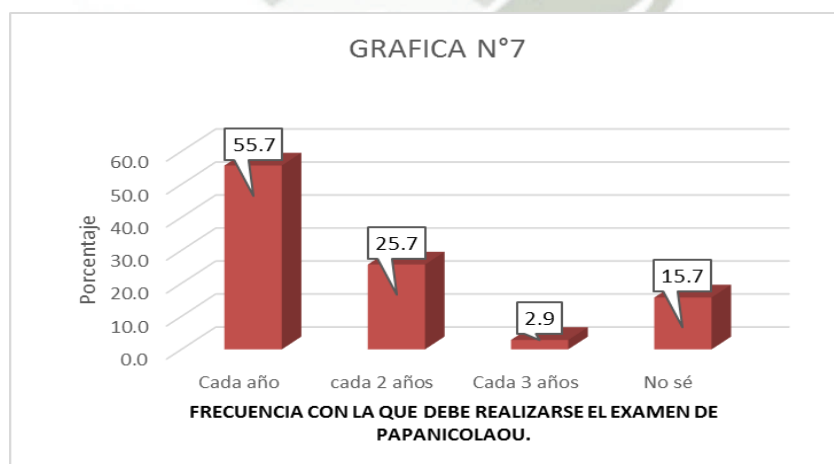
**TABLA N° 9  
CONOCIMIENTO SOBRE LA FRECUENCIA CON LA QUE DEBE  
REALIZARSE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Cada año	39	55,7
Cada 2 años	18	25,7
Cada 3 años	2	2,9
No sé	11	15,7
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 55.7% de las trabajadoras sexuales piensan que deben acudir cada año a realizarse su examen de Papanicolaou, mientras que el 2.9% de dicha población piensan que deben acudir a realizarse dicho examen cada 3 años, lo cual es cierto siempre y cuando los últimos años sus resultados hayan sido negativos y no existan factores de riesgo que hagan pensar que puede contraer cáncer de cuello uterino.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU  
EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA.**

**ENERO – MARZO 2016.”**

**TABLA N° 10**

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS REQUISITOS PARA LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU**

<b>VARIABLE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>PERIODO DE MENSTRUACION</b>		
Si	2	2.9
No	50	71.4
No Sabe	18	25.7
<b>DESPUES DE REALIZARSE DUCHAS VAGINALES</b>		
Si	6	8.6
No	48	68.6
No Sabe	16	22.9
<b>DESPUES DE USAR OVULOS</b>		
Si	8	11.4
No	45	64.3
No Sabe	17	24.3
<b>3 DIAS DESPUÉS DE LA ULTIMA MENSTRUACION</b>		
Si	41	58.6
No	8	11.4
No Sabe	21	30.0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Matriz de datos

**Elaboración:** Personal

El 71.4 % de las trabajadoras sexuales saben que no deben realizarse la toma de Papanicolaou mientras están menstruando, también podemos ver que el 68.6% de las trabajadoras sexuales saben que no deben realizarse duchas vaginales previas a realizarse el examen de Papanicolaou, el 64.3 % de las trabajadoras sexuales refieren que no deben aplicarse óvulos en forma previa a la toma de Papanicolaou y el 58.6% de las trabajadoras sexuales menciono que es necesario esperar tres días después de la última menstruación para poder realizarse el examen de Papanicolaou.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

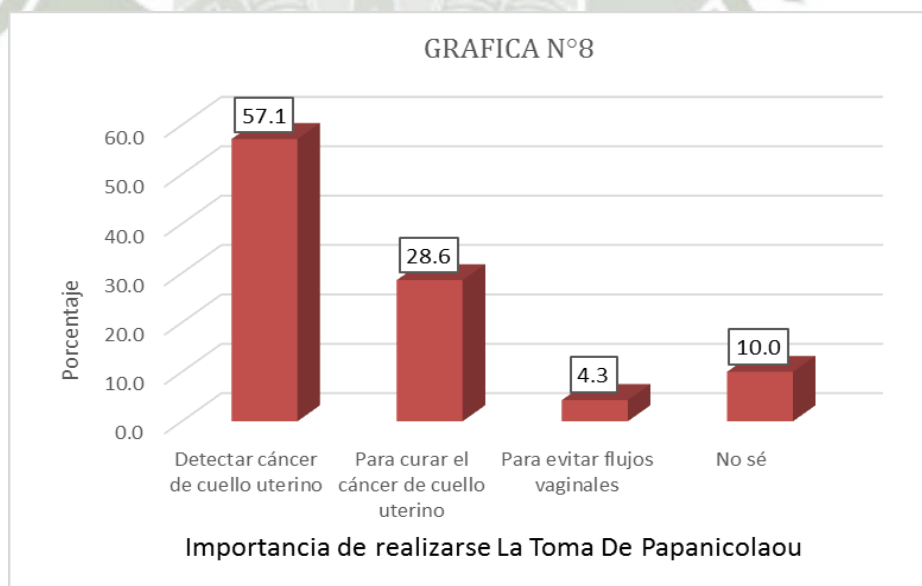
**TABLA N°11**  
**CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Detectar cáncer de cuello uterino	40	57,1
Para curar el cáncer de cuello uterino	20	28,6
Para evitar flujos vaginales	3	4,3
No sé	7	10,0
<b>TOTAL</b>	70	100,0

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 57.1% de las trabajadoras sexuales conocen que es recomendable realizarse el examen de Papanicolaou para detectar cáncer de cuello uterino, en tanto el 4.3% cree que es para evitar flujos vaginales.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

**TABLA N° 12  
CONOCIMIENTO SOBRE QUIENES TIENEN MAYOR RIESGO DE  
ADQUIRIR CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

VARIABLE	N°	%
<b>MUJERES QUE INICIARON SU VIDA SEXUAL A TEMPRANA EDAD</b>		
Si	49	70.0
No	21	30.0
<b>MUJERES CON MULTIPLES COMPAÑEROS SEXUALES</b>		
Si	27	38.6
No	43	61.4
<b>MUJERES QUE NUNCA SE REALIZARON EL EXAMEN DE PAP</b>		
Si	42	60.0
No	28	40.0
<b>MUJERES CON ANTECEDENTES DE ITS</b>		
Si	42	60.0
No	28	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 70% de las trabajadoras sexuales respondieron que las mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad tienen mayor riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino, sin embargo el 61.4 % de las trabajadoras sexuales piensan que las mujeres con múltiples compañeros sexuales no tienen mayor riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino, lo cual nos es tema de preocupación ya que la promiscuidad es uno de los principales factores para este tipo de contagio, también obtuvimos que un 60% de esta población cree que quienes tienen mayor riesgo de exposición son las mujeres que nunca se realizaron el examen de Papanicolaou y aquellas mujeres con antecedentes de ITS.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

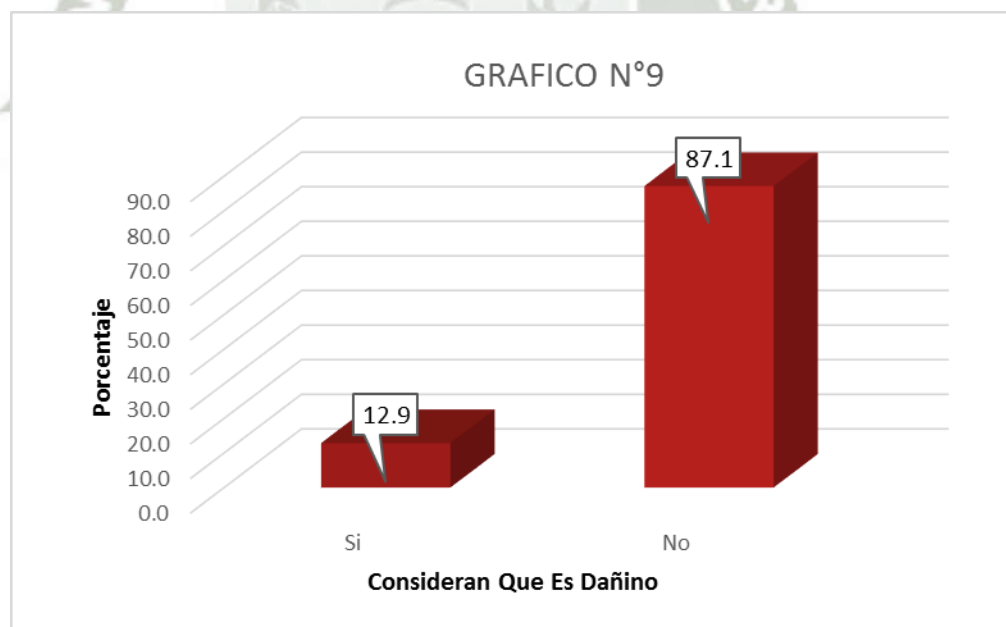
**TABLA N°13  
CREENCIAS NEGATIVAS RESPECTO AL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

VARIABLE	N°	%
Si	9	12,9
No	61	87,1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 87.1 % de las trabajadoras sexuales piensan que no es dañino para la mujer el examen del Papanicolaou, mientras que el 12.9% piensa que si lo es.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE  
MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

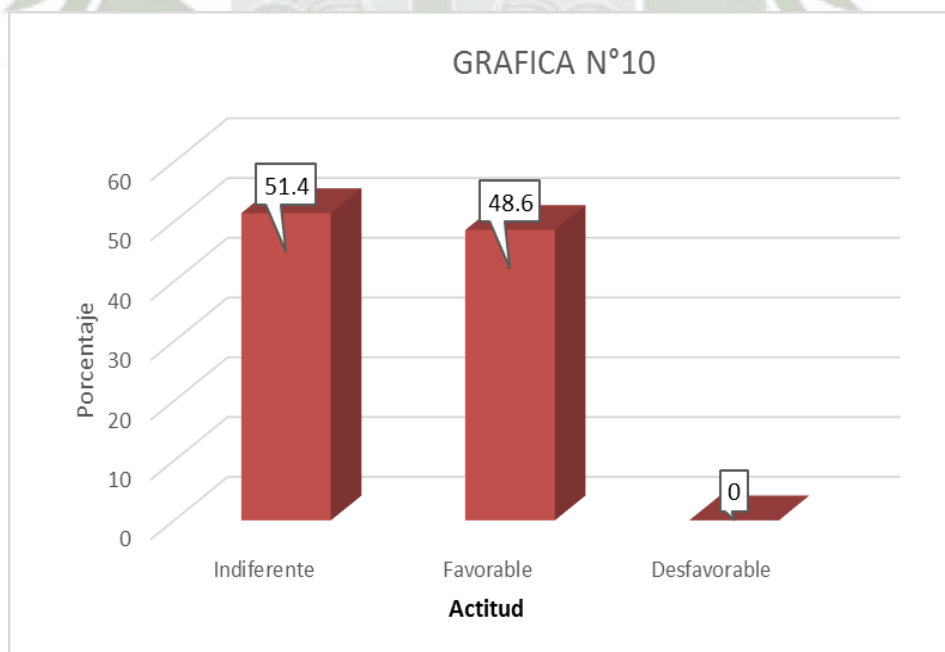
**TABLA N°14  
ACTITUDES SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

ACTITUDES	N°	%
Desfavorable	0	0
Indiferente	36	51,4
Favorable	34	48,6
<b>TOTAL</b>	70	100,0

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

El 51.4% de trabajadoras sexuales tienen una actitud indiferente respecto al examen de Papanicolaou, mientras que el 48.6% tiene una actitud favorable respecto al examen de Papanicolaou.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL DISTRITO DE MOLLENDO, ISLAY- AREQUIPA. ENERO – MARZO 2016.”**

**TABLA N° 15**  
**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD**  
**SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU**

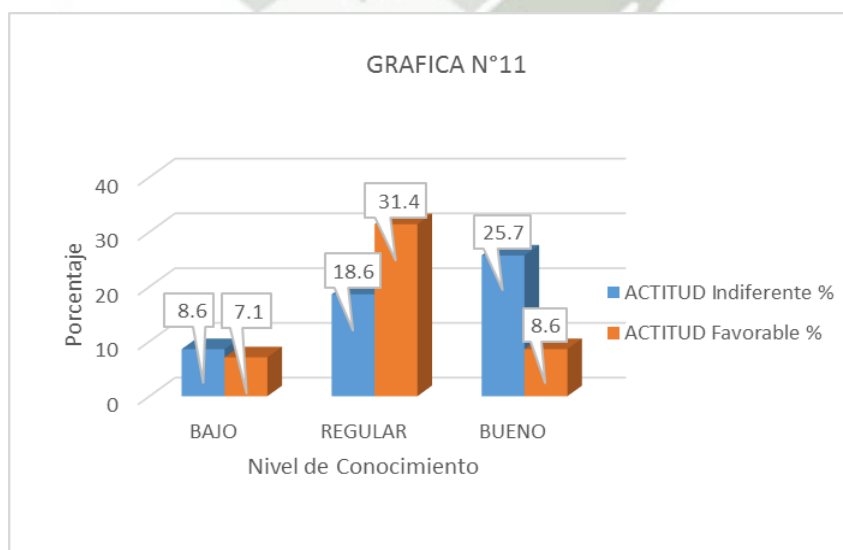
NIVEL DE Conocimiento	ACTITUD				TOTAL	
	Indiferente		Favorable			
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	6	8.6	5	7.1	11	15.7
REGULAR	13	18.6	22	31.4	35	50.0
ALTO	18	25.7	6	8.6	24	34.3
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>52.9</b>	<b>33</b>	<b>47.1</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

$$X^2 = 8.20 \quad p < 0.05$$

Según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 8.20$ ) se muestra que la actitud y el nivel de conocimiento sobre la toma de Papanicolaou presenta relación estadística ( $P < 0.05$ ). Asimismo se observa que el 31.4 % de las trabajadoras sexuales que presentaron una actitud Favorable tienen un nivel de conocimiento regular.



Fuente: Matriz de datos

Elaboración: Personal

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Para la Organización Mundial de la Salud la infección persistente por tipo de VPH oncogénicos es una condición previa para que se desarrolle cáncer cervico uterino, se trata de una enfermedad que afecta aproximadamente a 500000 mujeres y provoca alrededor de 260.000 muertes en todo el mundo; siendo los tipo 16 y 18 los más agresivos causando un 70% del total de cáncer cervico uterino; haciendo de este uno de los principales problemas de salud pública; como en todo proceso cancerígeno la identificación de factores de riesgo hacen que las intervenciones de prevención surtan efecto reductor en el resultado final del cáncer. Si a esta situación sumamos los denominados tipo de alto riesgo que generan lesiones pre cancerosas coloca a esta infección como de importancia capital para evaluar la salud de las mujeres.

Fuimos motivadas a Realizar dicha investigación debido a que sabíamos que era una población no investigada en nuestro medio, debido a que no hallamos antecedentes investigativos en nuestra casa de estudios.

Según la Dra. Roche y Col. El 57.1% de las mujeres tuvo su primera relación sexual entre los 13-15 años de edad, mientras que en nuestra investigación tenemos como resultado que el 51.4% de las mujeres encuestadas tuvieron como inicio de las relaciones sexuales entre los 15-20 años. Para Dra. Roche y Col. el 42.8% han tenido de 3 a más embarazos a términos, mientras que en nuestra población estudiada demuestra que solo el 4.3% tuvieron más de 3 hijos, esto indica que las trabajadoras sexuales tienen mayor cuidado e información frente a un embarazo no deseado. En lo que es la realización de toma de Papanicolaou en su estudio se observa que el 28.7% no se han realizado la prueba mientras que en nuestro estudio observamos que no se realizado dicha prueba el 18.6%: se observa que a pesar de que en nuestra población de estudio son un porcentaje menor, igual es alto ya que lo deseable sería que sea menos de un 5%.

Según Lezcano y Col. demuestra que la edad de las trabajadoras sexuales oscila entre 18-29 años siendo un 65% mientras que en nuestra población de estudio fue del 68.6% en este rango de edades; que el 93.20% de las trabajadoras

sexuales tienen una deficiencia de conocimientos sobre el virus de papiloma humano, mientras que en nuestra población estudiada el 50% tienen un nivel de conocimiento regular demostrando así que en nuestra población nos estamos preocupando más por el lado preventivo promocional en comparación de el país de Panamá el cual muestra gran deficiencia en el área preventivo promocional; por otra parte el 77.30% se realizan la prueba de Papanicolaou , mientras que el 81.4% de las trabajadoras sexuales de nuestra población se realizaron un PAP para prevenir un cáncer de cuello uterino. Lo cual demuestra que nuestra población tiene mayor conocimiento a lo que puede estar expuesto de no realizarse un chequeo por lo menos anualmente.

Según Canche y Col. Menos del 50% de las mujeres han estudiado hasta la secundaria mientras que en nuestro estudio observamos que casi el 90% de la población si tiene estudios básicos hasta la secundaria; la edad media de inicio de las relaciones sexuales en su universo fue de 16 años mientras que en nuestro estudio la edad media fue de 17 años.

Según López-Olmos el 79% de las trabajadoras sexuales usa el preservativo mientras que en nuestro estudio se observa que solo el 20% usa netamente preservativo pero el 62.9% usa métodos en forma combinada es decir el preservativo más otro método entre inyectable y píldoras para la prevención de un embarazo y el contraer una ETS.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** En la encuesta realizada para comprobar el nivel de conocimientos en las trabajadoras sexuales del distrito de Mollendo, tenemos como resultado que el 50% de ellas poseen un nivel de conocimiento regular sobre la toma de Papanicolaou, mientras que el 34.3% presentan un nivel de conocimiento alto y solo el 15.7% presentaron un nivel de conocimientos bajo.

**SEGUNDA:** La actitud de las trabajadoras sexuales participantes en el estudio frente a la prueba de Papanicolaou, se considera una actitud indiferente reflejando un 51.4%, mientras que el 48.6% presentaron una actitud favorable.

**TERCERA:** Encontramos que existe una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento regular y la actitud indiferente frente a la toma de Papanicolaou.

**CUARTA:** Encontramos en las características sociodemográficas que el 68.6% de las trabajadoras sexuales en su mayoría se encuentra entre los 18 – 29 años.

Una alta población de ellas demuestra que tuvieron una educación secundaria, el 51.5% tiene una procedencia de la ciudad de Arequipa, el 57,7% iniciaron su meretricio entre los 18 – 20 años.

## RECOMENDACIONES

1. Sugerir al centro de salud del distrito de Mollendo que en coordinación con el servicio de Obstetricia, realizar una mejoría en lo que respecta, para la sensibilización hacia las trabajadoras sexuales acerca de la toma de PAP, al ver los resultados obtenidos la actitud hacia el examen de Papanicolaou es indiferente, por lo cual concluimos que dicha población no tienen buenos conocimientos sobre este tema.
2. Capacitar constantemente a los profesionales de salud en las Técnicas acerca del examen de Papanicolaou, de esta forma fortalecer el conocimiento y verificar la actitud negativa de las trabajadoras sexuales y con esta fomentar en ellas el autocuidado y el realizarse el control preventivo ya que son una población altamente vulnerable. Y a la vez capacitar e incentivar al profesional de salud a trabajar con dicha población porque son propensas a contraer múltiples enfermedades.
3. Motivar y concientizar a las trabajadoras sexuales a no solo realizarse el examen de Papanicolaou debido al interés de renovar y cumplir con sus permisos sanitarios (carnet de salubridad) si no a que tomen conciencia que este examen detecta en forma temprana las lesiones pre-malignas, el cáncer de cuello uterino, y las implicancias sociales y familiares.

## V. BIBLIOGRAFÍA:

- PEREZ, M. Ginecología Oncológica pelviana, 1° ed. La Habana: editorial ciencias médicas; 2006
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2004-2007
- OMS, Estimated Cancer Incidence, Mortality and prevalence Worldwide in 2012, Globocan 2012
- Ministerio de Salud, Cáncer de Cuello Uterino, Guía de Práctica Clínica, Perú, 2011. Pag101- 135.
- Plummer M, Herrero R, Franceschi S, et al; IARC Multi- Centre Cervical Cancer Study Group. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. Cancer Causes Control. 2003; 14 (9):805-814.
- Gay JD, Donaldson LD, Golfer JR.: 1985. False-negative results in cervical cytologic studies. Acta Cytol 29: 1043-1046.
- Milla V, R.H. y col.: 1997. La colposcopia y la biopsia cervical en pacientes con Papanicolaou de rutina. Ginec. Obst. Mex. 65: 235-238.
- Dexeus, S. López-Marín, L. Labastida, R. Bassols, G. y Cararach, M.: Evolución de la terminología colposcopia. En Tratado y Atlas de Patología Cervical (Editado por Dexeus, S. López-Marín, L. Labastida, R. Cararach, M). Barcelona: Masson-Salvat. 1993; 20
- Actualización de la terminología del sistema de Bethesda para informe de resultados de citología cervical.ginecol obstet (Perú) 2002; 48:132-Ministerio de salud.programa nacional de planificación familiar. Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino, 2000

- Jhon O.Schorge, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Barbara L. Hoffman, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham, WILLIAMS, GINECOLOGIA, Primera Edición Mexico 2008
- Jhon O.Schorge, Joseph I. Schaffer, Lisa M. Halvorson, Barbara L. Hoffman, Karen D. Bradshaw, F. Gary Cunningham, WILLIAMS, GINECOLOGIA, Primera Edición Mexico 2008
- Barbara S.Apgar, Gregory L.Brotzman, Mark Spitzer, Colposcopia Principios y Práctica. Manual y Atlas Integrados 2º Edic. 21- 25
- MENDEZ DJ, El conocimiento Humano. Edit. Interamericano, México 2004, pág. 56
- Afanasiev.Victor, Manual de Filosofia,3 era edición, Buenos Aires, 2010, pág. 154
- Enrique Varsi Rospigliosi, Derecho Genético, 2da Edición, pag.59-61
- Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española 1939,10-39

## PUBLICACIONES DE INTERNET

- GLOBOCAN OMS, Estimated, Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide en 2012, Globocan 2012, [Internet]. 2013 enero [citado 2016 Enero 8] Disponible en: <http://globocan.aire.fr/default.aspx>
- Lewis M, Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la salud, [Internet]. 2008 Jun [citado 2016 marzo 20] Disponible en: <http://www.paho.org./spanish./AD/DPC/NC/pcc-cc-sitlac.pd>.
- Cervical cancer. Bethesda, Md: National Cancer Institute; 3/14/2014. [Internet]. Mayo [citado 2016 abril 5] Disponible en: [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional)
- PATH, Instituto de Investigación Nutricional (IIN) y Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). Vacunación contra el virus del papiloma humano en América Latina: Lecciones aprendidas de un programa experimental en el Perú. [Internet]. 2012 [citado 2016 febrero 18] Disponible en: PATH; 2010. [https://www.path.org/publications/files/RH\\_hpv\\_lessons\\_learned\\_perusp.pdf](https://www.path.org/publications/files/RH_hpv_lessons_learned_perusp.pdf)
- Sánchez, Z; Marrero, N.; Becerra, O.; Herrera, D. y Alvarado J. (2003). Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003; 19(5) [Documento en Línea]. [citado 2015 diciembre 22] Disponible en: [http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_5\\_03/mgi12503.h](http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi12503.h)
- Dra. Guadalupe Ríos de la Torre Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, [citado 2015 diciembre 8] Disponible en : [http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/tye14/art\\_hist\\_01.html](http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/tye14/art_hist_01.html)

- Martínez, J. (s.f.). Hablemos de sexualidad en familia, promiscuidad. *Promiscuidad*. Recuperado el 04 de abril de 2012 [citado 2015 diciembre 25] Disponible en: <http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/promiscuidad.html>
- Rocha Rodríguez María del Rocío, Juárez Juárez Maritza Evangelina, Ruiz Jiménez María Monserrat, Ramírez Banda Xóchitl Guadalupe, Gaytán sanchas María del Refugio, Contreras Valero Paula. “Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras”. *Rev. Cubana Obste Ginecol* [Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Enero 2]; 38(2): 244-255. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200011&lng=es).
- Lezcano, Héctor, et al. "Conocimientos, actitudes y prácticas de las trabajadoras del sexo acerca del virus del papiloma humano. Centro de salud de Santa Ana, Distrito de Panamá. año 2011." *Rev Méd Cient*. [Internet] 2013 [citado 2016 Enero 15] 26(1): 22-30 Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/362>
- Canche J.R., Canul J., Suárez R., de Anda R., González M.R. "Infección por el Virus del Papiloma Humano en mujeres recluidas en Centros de Readaptación Social en el sureste de México". *Rev. Esp. Sanid. Penit.* [Internet]. 2011 Feb [citado 2016 febrero 5]; 13(3): 84-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202011000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000300003&lng=es).
- J. López-Olmos, J.J. Terradez, J. Gasull, “Prostitutas: Infecciones Vaginales Y Lesiones Cervicales En La Citología Cervicovaginal”, *Rev. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia-Elsevier España S.L.* [Internet]. 2009 Jun Feb [citado 2016 abril 19]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-prostitutas-infecciones-vaginales-lesiones-cervicales-13142470>.

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

#### Investigadores responsables:

- Marilia Geraldini Córdova Díaz

- Andrea Valencia Rodríguez

**Título del Proyecto:** “Nivel de Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou de Cuello Uterino en Trabajadoras Sexuales del Distrito de Mollendo-Arequipa. 2016.”

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito identificar el nivel de Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou.

Estoy en conocimiento de que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

-----  
Firma de la investigadora

-----  
firma de la participante

**ANEXO 2****CUESTIONARIO**

**Indicaciones:** A continuación presentamos el siguiente cuestionario, con la finalidad de recopilar información respecto al examen de Papanicolaou. Marque con un círculo la respuesta que considere correcta y/o complete los espacios en blanco de manera concisa. Sugerimos sinceridad. Gracias por su colaboración.

**I.- DATOS GENERALES.**

1. Edad:
  - a. Entre 13 a 17 años
  - b. 18 años a 29 años
  - c.  $\geq$  30 años
2. Escolaridad:
  - a. Primaria
  - b. Secundaria
  - c. Superior No Universitario
  - d. Superior Universitario
  - e. Analfabeta
3. Procedencia:
  - a. Arequipa
  - b. Tacna
  - c. Moquegua
  - d. Otras Provincias
4. Número de hijos:
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4 a más
5. Edad de inició sus relaciones sexuales coitales
  - a. < de 15 años.
  - b. De 15 a 19 años.
  - c.  $\geq$  de 20 años

6. Edad de inicio en el meretricio:
  - a. < 18 años
  - b. 18 a 20 años
  - c. 21 a 24 años
  - d.  $\geq 25$  años
7. ¿Qué Método Anticonceptivo Utiliza?
  - a. Píldora
  - b. Inyectable
  - c. Condón
  - d. Ninguno.
  - e. Otros: .....
8. Alguna vez se realizó el Examen de Papanicolaou
  - a. Si
  - b. No

## II. CONOCIMIENTO SOBRE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

1. ¿Ha recibido información o ha escuchado sobre el Examen de Papanicolaou?
  - a. Si
  - b. No
2. ¿En qué consiste el Examen de Papanicolaou?
  - a. Examen de sangre
  - b. Examen de orina
  - c. frotis de cuello del útero
  - d. Examen para detectar si hay embarazo
  - e. No sé.
3. ¿Para qué cree Ud. que sirve el Examen de Papanicolaou?
  - a. Detectar Infecciones de Transmisión Sexual.
  - b. Detectar células pre-cancerosas y/o cancerosas del cuello Uterino.
  - c. Detectar una Infección Urinaria.
  - d. Para detectar el SIDA
  - e. No sé

4. ¿Quiénes cree Ud. que se deben realizar el Examen de Papanicolaou?
  - a. Mujeres que tienen hijos
  - b. Mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales
  - c. Mujeres fumadoras.
  - d. Mujeres solteras con vida sexual activa
  - e. No Sé.
  
5. ¿Cuándo deberías realizarte el Examen de Papanicolaou?
  - a. Cuando tengo molestias en mi vagina.
  - b. Cuando haya iniciado las relaciones sexuales.
  - c. Cuando se presentan descensos.
  - d. Cuando tengo dolor de cabeza.
  - e. No sé.
  
6. ¿Con que frecuencia debe acudir a realizarse el Examen de Papanicolaou?
  - a. Cada 1 año
  - b. Cada 2 años
  - c. Cada 3 años
  - d. Cada 5 años
  - e. No Sabe.
  
7. Qué requisitos debe tomar en cuenta para realizarse el Examen de Papanicolaou, acudes:
  - a. ¿Cuándo estás menstruando? (Si) (No) (No Sabe)
  - b. ¿Cuándo te hiciste duchas vaginales? (Si) (No) (No Sabe)
  - c. ¿Cuándo estas usando óvulos? (Si) (No) (No Sabe)
  - d. ¿Esperas tres días después de la última relación sexual para acudir? (Si) (No) (No Sabe)
  
8. ¿Por qué se le recomienda el Examen de Papanicolaou a las mujeres?
  - a. Para detectar el cáncer de cuello uterino.
  - b. Para curar el cáncer de cuello del útero.
  - c. Para evitar flujos vaginales.

- d. Para detectar infecciones uterinas.
- e. No sé.

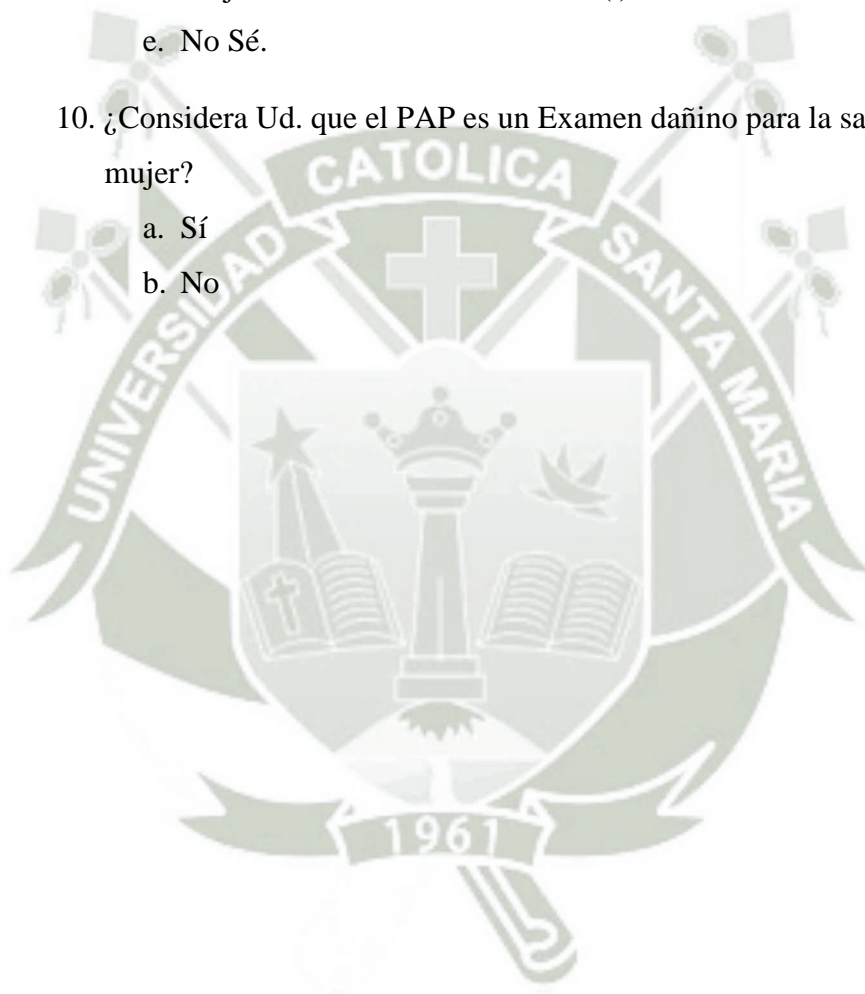
9. ¿Quiénes tienen mayor riesgo de adquirir Cáncer de Cuello Uterino?

Marque en el paréntesis verdadero (V) o falso (F)

- a. Mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad: ( )
- b. Mujeres con múltiples compañeros sexuales: ( )
- c. Mujeres que nunca se realizaron el examen de Papanicolaou: ( )
- d. Mujeres con antecedente de ITS ( )
- e. No Sé.

10. ¿Considera Ud. que el PAP es un Examen dañino para la salud de la mujer?

- a. Sí
- b. No



### III. TEST DE ACTITUDES

**Indicaciones:** A continuación presentamos 10 preguntas que el investigador realizo a la muestra en estudio donde se tienen en cuenta la respuestas que nos manifestaron; las cuales serán colocadas en cada parámetro establecido. Si usted no recibió información o desconoce que es el examen de Papanicolaou, solo responda la pregunta número 10. Marque ASPA en el cuadro la respuesta que considere correcta de manera concisa, según la leyenda descrita al final del cuadro.

DESCRIPCION	TA	A	I	D	TD
1. ¿Cree Ud. Que el examen del PAP es doloroso?					
2. ¿Cree Ud. Que el examen del PAP es muy costoso?					
3. ¿Recomendarías el examen de PAP a una amiga?					
4. ¿Considera Ud. Que solo las trabajadoras sexuales se deben realizar el examen del PAP?					
5. ¿Cree Ud. Que es importante la realización del examen de PAP?					
6. ¿Cree Ud. Que el examen de PAP solo debe ser realizado por un profesional del sexo femenino?					
7. ¿Si el profesional de salud le brindara una atención con calidad y calidez Ud. Accedería a realizarse el examen de PAP?					
¿Considera Ud. Que la opinión de su pareja interfiere en su decisión para que Ud. No se realice el examen de PAP?					
9. ¿Cree Ud. Que la realización del examen del PAP va en contra de sus principios religiosos?					
10. ¿Le gustaría recibir más información sobre el examen de PAP?					

#### LEYENDA:

**TA:** Totalmente de acuerdo

**A:** De Acuerdo

**I:** Indiferente

**D:** Desacuerdo

**TD:** Totalmente en desacuerdo

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION...**

### ANEXO 3

#### Delimitación gráfica



cod.	edad	escolaridad	procedencia	N hijos	Inicio R.S.	Meretricio	Met.Anticon	PAP previo	Info.PAP	consiste	para que	Quienes	cuando	FREC.
1	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2
2	18-29	SECUNDARIA	Tacna	2	1	2	5	1	1	3	2	2	1	3
3	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	2	3	1	1	3	2	3	1	2
4	>30	PRIMARIA	Arequipa	2	3	3	3	1	1	3	2	4	2	2
5	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	1	2	3	5	1	2	2	1	2	2	2
6	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	2	2	1	1	3	2	2	2	1
7	13-17	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	1	5	1	1	3	2	2	2	1
8	18-29	SECUNDARIA	Tacna	2	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
9	18-29	SECUNDARIA	Tacna	2	1	2	5	2	1	3	2	2	2	5
10	18-29	SECUNDARIA	Tacna	5	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
11	13-17	SUP. NO UN.	Moquegua	5	2	1	5	1	1	3	2	2	2	1
12	18-29	SECUNDARIA	Tacna	1	2	1	5	1	1	3	2	3	2	5
13	18-29	SUP. NO UN	Arequipa	5	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
14	>30	SECUNDARIA	Arequipa	2	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
15	18-29	PRIMARIA	Arequipa	5	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
16	18-29	SECUNDARIA	Tacna	5	1	2	5	1	1	3	2	2	2	1
17	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	2	1	3	3	1	1	3	2	2	1	1
18	>30	SUP. NO UN	Arequipa	1	2	4	5	1	1	3	1	2	3	1
19	>30	SUP. NO UN	Arequipa	1	2	3	3	2	2	5	5	5	5	5
20	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	1	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
21	>30	SECUNDARIA	Tacna	2	3	3	3	2	2	5	5	1	1	5
22	>30	PRIMARIA	Otras Provincia	2	2	4	5	1	1	3	1	2	1	1
23	>30	PRIMARIA	Tacna	1	1	2	3	1	1	3	2	2	3	1
24	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	1	2	3	5	1	1	3	2	2	2	2
25	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	2	3	3	1	1	3	2	1	2	2
26	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	2	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2
27	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	2	1	3	2	1	5	1	1	2	3
28	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	1	2	5	1	1	3	2	2	2	2
29	18-29	SECUNDARIA	Otras Provincia	1	3	2	3	2	1	4	2	2	2	2
30	18-29	PRIMARIA	Arequipa	5	1	2	5	1	1	3	2	2	2	1
31	>30	SECUNDARIA	Arequipa	3	1	2	5	1	1	3	2	2	2	1
32	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	1	1	2	5	1	1	3	2	2	2	1
33	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	5	1	2	5	1	1	3	2	2	2	1
34	>30	SECUNDARIA	Arequipa	2	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
35	18-29	SECUNDARIA	Tacna	2	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
36	>30	SECUNDARIA	Otras Provincia	1	2	2	3	1	1	3	1	4	2	2

37	18-29	SECUNDARIA	Tacna	2	1	1	2	1	2	3	5	2	2	2
38	>30	PRIMARIA	Arequipa	4	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
39	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	2	5	1	1	3	2	2	2	2
40	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	1	1	5	2	2	5	5	5	5	5
41	13-17	SECUNDARIA	Moquegua	1	1	1	5	2	2	5	5	5	5	5
42	18-29	SUP. NO UN	Otras Provincia	1	2	2	2	1	1	3	2	2	2	1
43	>30	PRIMARIA	Arequipa	2	2	4	1	1	1	3	2	2	2	2
44	18-29	SUP. NO UN	Arequipa	2	2	2	5	1	1	3	2	2	2	2
45	18-29	SECUNDARIA	Otras Provincia	1	2	2	3	2	1	3	2	2	3	2
46	18-29	SECUNDARIA	Tacna	1	2	2	5	2	1	3	2	2	2	1
47	13-17	PRIMARIA	Moquegua	5	1	1	5	2	1	3	2	2	2	5
48	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	2	2	5	1	1	3	2	5	2	1
49	18-29	SECUNDARIA	Tacna	1	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
50	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
51	18-29	SECUNDARIA	Tacna	5	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
52	13-17	PRIMARIA	Arequipa	5	1	1	5	2	2	5	5	5	5	5
53	>30	PRIMARIA	Moquegua	2	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
54	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	5	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
55	18-29	SUP. NO UN	Tacna	2	1	1	5	1	1	3	2	2	2	1
56	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
57	18-29	SECUNDARIA	Tacna	5	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
58	>30	SUP. NO UN	Arequipa	1	2	2	3	1	1	3	2	2	2	1
59	18-29	SECUNDARIA	Tacna	5	2	2	2	2	2	3	1	5	5	5
60	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	2	1	2	2	1	1	3	2	2	3	1
61	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	1	2	3	1	1	3	2	2	2	1
62	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
63	>30	PRIMARIA	Arequipa	3	2	3	5	1	1	3	1	5	5	5
64	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	2	2	5	1	1	3	2	2	2	1
65	>30	SECUNDARIA	Moquegua	2	1	2	2	1	1	3	2	4	2	1
66	>30	SECUNDARIA	Tacna	2	1	3	5	1	1	3	2	2	2	1
67	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	5	2	2	3	2	1	3	2	1	1	5
68	18-29	SECUNDARIA	Moquegua	5	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2
69	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	2	1	2	2	1	1	3	2	1	2	2
70	18-29	SECUNDARIA	Arequipa	1	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2

RTP2	RTP3	RTP4	REC.	MR1	MR2	MR3	MR4	MR5	DAÑINO	TA1	TA2	TA3	TA4	TA5	TA6	TA7	TA8	TA9	TA10	ACTITUD	CONOCIM.
2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	0	2	0	1	2	2	1	0	2	11	14
1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	9
1	2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	0	1	2	14	9
2	2	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	10
3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	1	2	16	4
2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	0	2	0	2	2	2	1	0	2	13	16
2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1	0	2	1	2	0	0	2	8	13
2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	0	2	1	2	0	1	2	14	13
3	3	3	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	16	10
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	0	0	2	13	14
2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	1	1	0	1	2	13	15
2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	1	1	2	0	1	2	13	11
2	2	1	3	1	2	2	1	2	2	0	2	1	2	2	2	2	1	1	2	15	13
2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	0	0	2	13	14
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	1	0	2	15	14
2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	1	2	16	15
2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	1	1	2	14	11
1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	0	2	14	10
3	3	3	5	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	1	2	12	1
2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	0	2	0	2	2	2	0	1	2	13	14
3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	2	2	0	1	2	11	1
2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	0	2	0	2	2	2	0	1	2	13	8
1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	8
2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	0	1	2	2	0	1	2	13	11
3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	8
2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	12
3	3	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	2	2	2	1	1	2	13	5
2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	0	0	2	1	2	1	1	2	12	13
3	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	8
2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	1	2	13	14
2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	0	2	1	14	13
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	14	14
2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	0	1	0	2	2	13	16
2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	16	14
2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	1	2	1	0	2	10	11
1	2	3	3	1	1	1	1	2	2	2	0	1	1	2	2	2	0	0	2	12	10

2	1	3	5	2	2	2	2	1	2	2	1	2	0	2	0	1	2	0	2	12	6
2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	1	0	1	1	1	8	13
2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1	0	2	1	2	1	0	2	9	12
3	3	3	5	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	14	1
3	3	3	5	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2
2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	1	0	2	11	13
2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	0	2	2	2	1	1	2	14	12
2	2	3	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	12
2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	0	2	2	1	2	1	2	15	11
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	8	14
2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	15
2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	2	0	2	1	1	1	1	1	9	15
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	0	0	2	0	2	1	2	0	0	2	9	14
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	0	0	2	0	2	1	2	0	0	2	9	14
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	0	0	2	0	2	1	2	0	0	2	9	14
3	3	3	5	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	0	0	2	0	2	1	2	0	1	1	9	14
2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	1	1	0	0	2	8	13
2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	0	0	2	0	2	1	2	2	1	1	11	14
2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	8	15
2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	8	16
2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	14
3	3	3	5	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	0	2	16	3
3	3	3	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	17	10
2	2	3	2	1	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	1	1	2	16	13
2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	15
3	3	3	5	2	2	2	2	1	1	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	3
1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	17	11
3	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	0	2	2	2	1	1	2	15	12
3	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	0	2	0	1	1	2	0	1	12	12
3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	16	5
2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	17	12
2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	11
2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	3	3	2	4	2	2	2	2	12	13