

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Pública



**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA JOYA,
AREQUIPA, 2014.**

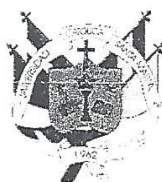
Tesis presentada por la Bachiller:
Santa Cruz Acosta, Krystel Jasmin

Para optar el Grado Académico de:
Maestra en Salud Pública.

Asesor:
Dra. Escobedo Vargas, Jannet

AREQUIPA - PERÚ

2019



Universidad Católica de Santa María

(5154)251210 (5154)251213 ucsm@ucsm.edu.pe http://www.ucsm.edu.pe Apto. 1350
AREQUIPA – PERÚ

“En la Ciencia y en la Fe esta nuestra Fortaleza para mayor Gloria de Dios”

Arequipa, 28 de marzo del 2019

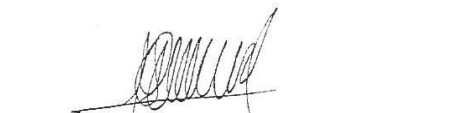
Señor Doctor,
José A. Villanueva Salas
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM.
Presente.

Ref.: Dictamen de Borrador de Tesis – Expediente 2018-48508

De mi consideración,

Me es grato dirigirme a Ud. con el fin de saludarlo atentamente y en atención al nombramiento como DICTAMINADOR del Borrador de Tesis titulado “INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA JOYA, AREQUIPA, 2015” con el que la bachiller Krystel Jasmin Santa Cruz Acosta, pretende optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública, debo mencionar que realizadas las correcciones y sugerencias correspondientes, las mismas que de ser salvadas satisfactoriamente, considero se encuentra APTO para continuar con los tramites estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela de Postgrado.

Atentamente,



José A. Villanueva Salas, PhD

Docente de la Escuela de Postgrado

Luis Avila Sardon

BORRADOR DE TESIS

A : Dr. José Villanueva Salas
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM
DE : Dra. Teresa Chocano Rosas

BORRADOR DE TESIS: "INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA JOYA, AREQUIPA 2019"

MAESTRISTA : SANTA CRUZ ACOSTA, KRYSTEL JASMIN
FECHA : 16 de marzo del 2019

En concordancia con lo dispuesto por la Dirección de la Escuela de Postgrado, se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica el Proyecto de Tesis presentado, señalándose las siguientes observaciones:

1. Revisar Carátula.
2. Especificar títulos en las tablas 08, 09 y 10.
3. Referencias Bibliográficas actualizar.

Subsanadas las observaciones, puede pasar a la sustentación según el reglamento de grados y títulos.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano

Arequipa, Enero 4, 2019

Sr. Dr.
José Villanueva Salas
Director de la Escuela de Postgrado
Universidad Católica de Santa María de Arequipa.
CIUDAD.

INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS DE MAESTRIA

BORRADOR DE TESIS INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA JOYA, AREQUIPA 2018.
PROYECTO presentado por la Bachiller KRISTEL JAZMIN SANTA CRUZ ACOSTA
Para optar el Grado Académico de MAESTRO EN SALUD PUBLICA

Por el presente, es grato dirigirme a Ud. a fin de hacerle llegar el Resultado del Dictamen según su solicitud, el cual es el siguiente :

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado Borrador Se da el DICTAMEN FAVORABLE.


Para los fines consiguientes

Atentamente


Dra. Jannet Escobedo Vargas
Docente Dictaminadora

c.c. Archivo OD

*A Dios, por haberme guiado en
el camino recorrido.*



*A mis padres José Luis y Marivel
por su amor, apoyo incondicional y por ser
la fuerza que me impulsa a seguir adelante,
para ser cada día mejor persona y mejor
profesional.*

*A la memoria de mis abuelitos Juan e Hilda,
Quienes creyeron en mí en todo momento,
Por sus enseñanzas, sus cuidados
y amor incondicional.*

Quiero agradecer profundamente:

A Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este anhelado sueño.

A mi familia, por su apoyo incondicional en todo momento.

A la Universidad Católica Santa María, mi alma mater, por recibir en sus aulas formación académica, humana y profesional.

A mi asesora, Dra Jannet Escobedo Vargas, por haberme guiado en la realización de este trabajo de investigación.

A los jurados dictaminadores por sus valiosas sugerencias y dedicación que posibilitó la culminación del estudio.

Al Dr. Richard Villagra Díaz, Jefe de la Microred La Joya, por permitirme realizar esta investigación en el establecimiento que él dirige.

A las pacientes del Centro de Salud La Joya, que gentilmente participaron en la investigación.

ÍNDICE GENERAL

CARATULA	
RESUMEN	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	6
OBJETIVOS	7
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	8
1. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	8
1.1. Características sociodemográficas	8
1.2. Conocimiento	10
1.3. Actitud	15
1.4. Cuello uterino	17
1.5. Prueba de Papanicolaou	20
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	28
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIAL DE VERIFICACIÓN	28
1.1. Técnica	28
1.2. Instrumento	28
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	30
2.1. Ubicación espacial	30
2.2. Ubicación temporal	30
2.3. Unidades de estudio	31
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.1. Organización	31
3.2. Recursos	32
3.3. Validación de los instrumentos	32
3.4. Criterios para el manejo de resultados	32

CAPÍTULO III - RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	
ANEXO 4	



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD LA JOYA AREQUIPA	34
TABLA 2	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	36
TABLA 3	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN OCUPACIÓN.	37
TABLA 4	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN PROCEDENCIA.	39
TABLA 5	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL.	41
TABLA 6	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.	42
TABLA 7	MUJERES ATENDIDAS SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.	44
TABLA 8	RESPUESTAS DE LAS MUJERES A LAS PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	45
TABLA 9	NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	46
TABLA 10	ACTITUDES DE LAS MUJERES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	47
TABLA 11	ACTITUDES DE LAS MUJERES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	48
TABLA 12	INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS EN LAS ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	49
TABLA 13	INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONOCIMIENTOS RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	51
TABLA 14	INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.	54

RESUMEN

Se realizó un estudio de campo y explicativo, cuyo objetivo fue determinar de qué manera las características sociodemográficas influyen en los conocimientos y actitudes respecto a la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya durante el año 2014.

En el presente estudio se empleó como técnica la entrevista, los instrumentos aplicados fueron la cédula de entrevista para obtener información acerca de las características sociodemográficas, para las variables conocimiento y actitud, la cual fue aplicada a 141 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión.

Los resultados más resaltantes fueron que la edad promedio fue de 33.60 años, más de la mitad de las mujeres tienen instrucción secundaria, el 63,12% tiene pareja estable; el 65,25% de mujeres tienen más de una pareja sexual; la edad de inicio de relaciones sexuales es en promedio a los 18 años.

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que el nivel de conocimiento respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, es bueno en 36,88% y regular en 36,17%. La actitud respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou es de aceptación en 67,37%, sin embargo, la tercera parte de la muestra, presenta actitud de indiferencia (32,62%). Las características sociodemográficas como el nivel de instrucción primaria y secundaria, la procedencia de La Joya y el número de parejas sexuales de 2 a 5 influyen de manera estadísticamente significativa en que las mujeres presenten mal nivel de conocimiento. El nivel de instrucción primaria y secundaria y la procedencia de otras ciudades y de La Joya influyen de manera estadísticamente significativa en las actitudes de indiferencia de las mujeres respecto a la Prueba de Papanicolaou ($p < 0,05$).

Palabras clave: características sociodemográficas, conocimientos, actitudes, Prueba de Papanicolaou.

ABSTRACT

A field study and explanation, the objective was to determine how sociodemographic characteristics influence knowledge and attitudes to Pap test in women treated at the Health Center La Joya was performed during the 2014.

In the present study, the interview was used as technique, the instruments used were the certificate of interview information on sociodemographic characteristics, for variables knowledge and attitude, which was applied to 141 women that met the inclusion criteria.

The most important results were that the average age was 33.60 years, more than half of women have a secondary education, 63.12% had a steady partner; 65.25% of women have more than one sexual partner; age of first sexual intercourse is on average at age 18.

Based on the results obtained, we can conclude that, the level of knowledge regarding the conduct of the Pap smear in women attended at the Health Center La Joya, is good at 36.88% and 36.17% regular. The attitude towards the realization of the Pap test is 67.37% acceptance, however, a third of the sample shows indifference (32.62%). The sociodemographic characteristics such as level of primary and secondary education, the origin of La Joya and the number of sexual partners of 2-5 statistically significant influence on women experiencing poor level of knowledge. The level of primary and secondary education and provenance of other cities and La Joya statistically significant influence on the attitudes of indifference of women regarding the Pap test ($p < 0.05$).

Keywords: sociodemographic characteristics, knowledge, attitudes, PAP.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación, es el informe de la ejecución del Proyecto de Tesis realizado durante la asignatura de Seminario de Tesis, gracias a la cual y con las valiosas sugerencias de los docentes y dictaminadores, a quienes agradezco profundamente, se logró plasmar el informe de investigación y concretizar así el anhelado deseo de culminar la Maestría y obtener el Grado Académico de Maestra en Salud Pública.

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en el mundo según datos estadísticos emitidos por Globocan, el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres, se tienen datos estimados de que se producen 528.000 nuevos casos por año. Cerca del 85% de la carga mundial asociada a esta enfermedad se produce en las regiones de bajos y medianos ingresos, en los que representa el 12% de todos los cánceres femeninos. Existen variaciones significativas en las tasas de incidencia que se presentan en los distintos países del mundo, las tasas ajustadas por edad (TAE) más altas, por encima de 30 por 100 000 mujeres) ocurren en África (42,7) y las más bajas en Australia/Nueva Zelanda y Asia Occidental (5,5 y 4,4 respectivamente), estas diferencias se explican por las diferencias en el acceso que la población femenina tiene para el despistaje y detección precoz del cáncer de cuello uterino y los estadios preneoplásicos, además de las brechas en el acceso al tratamiento y la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) (1).

De acuerdo a la estadística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN del Perú, el cáncer de cérvix es el primer cáncer ginecológico más frecuente (2). En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres (3). La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo. El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo (4). También para el 2012, la tasa cruda de mortalidad estimada fue de 11.6 y la tasa de mortalidad estandarizada por año fue de 12.0, mientras que en Sudamérica fue de 8.6 (5). La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino varió de 7.9 muertes por 100,000 habitantes en el 2001 a 7.7 en el 2015 (6). La mayoría de los casos ocurren en mujeres menores de 50 años, y rara vez en mujeres menores de 20 años. Muchas mujeres

de edad avanzada no se dan cuenta que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que envejecen. Más del 20% de los casos de cáncer de cuello uterino se detecta en mujeres que tienen más de 65 años. Sin embargo, estos cánceres rara vez ocurren en mujeres que se han estado haciendo pruebas regulares para detectar el cáncer de cuello uterino antes de cumplir los 65 años (3).

Sin embargo, el cáncer de cuello uterino es una neoplasia 100% prevenible, cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un adecuado tratamiento de las lesiones premalignas. Debido a su desarrollo en un período largo de tiempo, mediante una muestra citológica exfoliativa de cuello uterino (Papanicolaou, PAP), antes de que la mujer experimente síntomas (7). La prueba de Papanicolaou, ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix, pues se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia (7). A largo plazo, el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico de los carcinomas de cérvix.

En el Centro de Salud de La Joya se ha observado, durante la consulta en medicina, ginecología y obstetricia, muchas mujeres refieren que no se han realizado la Prueba de Papanicolaou, denotando falta de conocimiento sobre la misma y en algunos casos actitudes de rechazo, por cuanto consideran que puede causarles infecciones, temor a su pareja, porque éstos consideran que al momento de realizarse el Papanicolaou, también se les coloca algún método anticonceptivo como el dispositivo intrauterino. Además en el Distrito de la Joya, es frecuente la infidelidad entre las parejas, la promiscuidad sexual, sobre todo en los varones, lo cual constituye para la mujer factores de riesgo para contraer el cáncer de cuello uterino. A lo anterior, cabe señalar que en el año 2013, tres pacientes atendidas en el Centro de Salud La Joya tuvieron que ser derivadas a la ciudad de Arequipa por presentar cáncer de cuello uterino avanzado.

Los hechos anteriores motivaron el desarrollo de esta investigación porque la literatura indica la realización del Papanicolaou, está muy influenciado por los conocimientos y actitudes que las mujeres tienen hacia la prueba, además de la influencia que ejercen algunas características sociodemográficas, por lo que resulta necesario estudiar estas variables, más aún, si consideramos que en La Joya viven muchas familias inmigrantes,

con bajo nivel educativo, cultural, económico y con barreras de acceso a los servicios de salud.

El estudio tuvo como principal objetivo determinar de qué manera las características sociodemográficas influyen en los conocimientos y actitudes respecto a la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014. Se desarrolló mediante la aplicación de los instrumentos elaborados para la obtención de datos, de acuerdo al análisis de las variables siendo la variable independiente las características sociodemográficas y las variables dependientes, los conocimientos sobre la realización de la prueba de Papanicolaou y las actitudes hacia la misma. Se realizaron las entrevistas a las mujeres que cumplían los criterios de inclusión, el análisis de la información, nos permitió obtener los resultados.

Para el desarrollo del estudio las interrogantes planteadas fueron:

¿Qué características sociodemográficas predominan en las mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014?

¿Cuál es el nivel de conocimiento respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014?

¿Cuáles son las actitudes respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014?

¿Cómo influye el nivel de conocimiento en las actitudes respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014?

¿De qué manera las características sociodemográficas influyen en los conocimientos respecto a la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014?

¿De qué manera las características sociodemográficas influyen en las actitudes respecto a la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014?

La justificación del estudio se basa en que el cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En el Perú, el cáncer de cuello uterino es la primera neoplasia más frecuente que afecta a la población femenina. Según datos del Ministerio de Salud, el cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en la mujer, alcanzando una incidencia de 24,1%, asimismo representa el 14,9% de todos los cánceres (en varones y mujeres). Asimismo, señalan que en el Perú, cada año se diagnostican 2729 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, cifra que viene presentando un aumento en relación a años anteriores (7). La Liga de Lucha Contra el Cáncer reporta que Arequipa, es la ciudad peruana con mayor incidencia de cáncer de cuello uterino, puesto que incluso ha superado a la ciudad de Lima, en Arequipa la incidencia para el 2017 fue de 37 casos por 100, 000 habitantes (8). La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Arequipa para el año 2017 es de 7,6%, la misma que también se ha incrementado debido al diagnóstico y tratamiento atrasado que reciben muchas pacientes (8).

El estudio tiene relevancia social, porque el cáncer de cuello uterino afecta todas las esferas de la vida de las mujeres que lo padecen, por tanto, es prioridad su diagnóstico precoz, pero también la evaluación de los conocimientos y actitudes que tienen las mujeres en torno a la Prueba de Papanicolaou, esto con el propósito de orientar actividades preventivo promocionales que contribuyan a la mejora de la educación sanitaria, en la mayor difusión de la prueba y a su vez en la calidad de atención a las pacientes que acuden al centro de salud a realizarse el Papanicolaou, considerando que muchas se sienten incómodas o con diversos temores. Estas actividades permitirán ampliar la cobertura del Papanicolaou, lo que se traduce en un menor impacto en la vida personal, social, laboral de las personas afectadas y sus familias, además de una menor carga social, debido a la incapacidad que la enfermedad en estadios avanzados puede originar.

La relevancia científica se sustenta en que los profesionales que laboran en el área de la Salud Pública, deben analizar los conocimientos y actitudes respecto a la realización de la Prueba del Papanicolaou, antes de planificar y ejecutar programas, porque así se podrá

mejorar el enfoque de los mismos, lo cual redundará en una mayor efectividad. Además el estudio puede dar origen al desarrollo de nuevas investigaciones.

El trabajo es de actualidad debido a la incidencia del cáncer de cuello uterino en la ciudad de Arequipa.

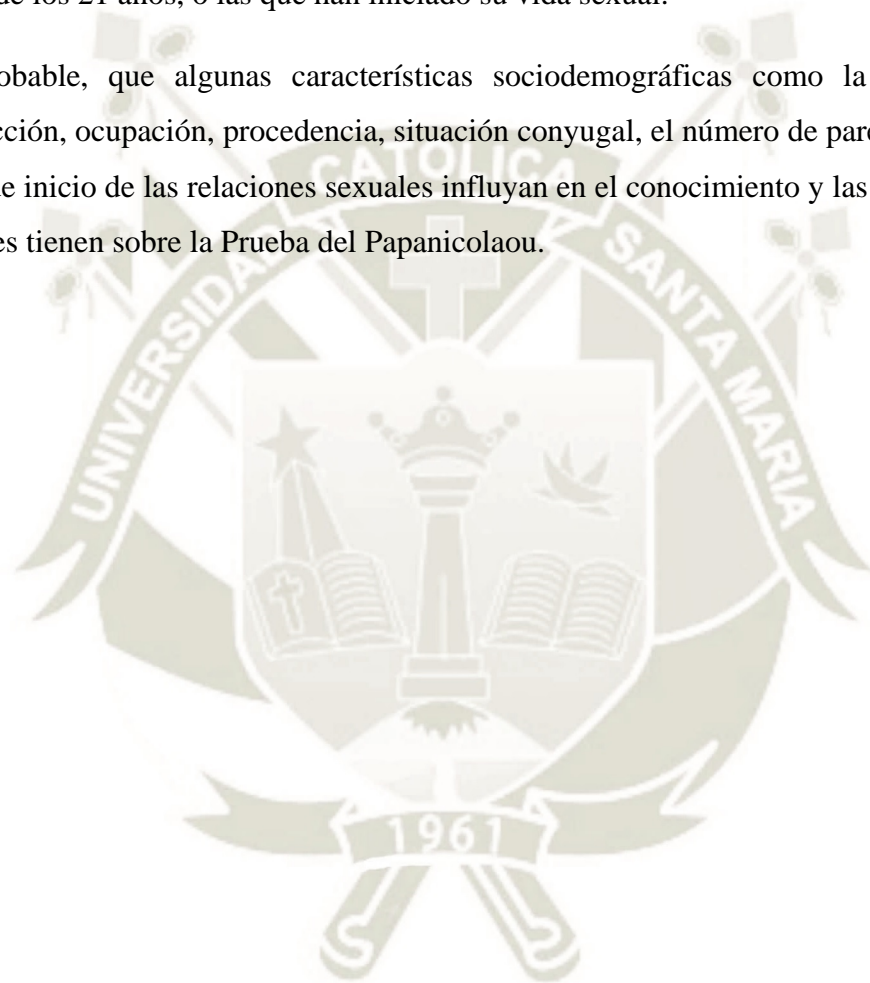
Así mismo el trabajo es viable porque nos permite llevarlo a cabo en el grupo poblacional elegido, ya que se puede realizar en el campo asignado.



HIPÓTESIS

Dado que la Prueba de Papanicolaou, es de vital importancia para la detección precoz del cáncer de cuello uterino, siendo una prueba que debe ser realizada a todas las mujeres a partir de los 21 años, o las que han iniciado su vida sexual.

Es probable, que algunas características sociodemográficas como la edad, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, situación conyugal, el número de parejas sexuales y la edad de inicio de las relaciones sexuales influyan en el conocimiento y las actitudes que las mujeres tienen sobre la Prueba del Papanicolaou.



OBJETIVOS

Identificar las características sociodemográficas que predominan en las mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.

Determinar el nivel de conocimiento respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.

Identificar la actitud respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.

Establecer la influencia del nivel de conocimiento en las actitudes respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.

Establecer la influencia de las características sociodemográficas en los conocimientos respecto a la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.

Establecer la influencia de las características sociodemográficas en la actitud respecto a la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población de estudio. Las características que se estudiarán son: edad, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, situación conyugal, número de parejas sexuales y edad de inicio de relaciones sexuales.

1.1.1. Características sociodemográficas estudiadas

Las características sociodemográficas que se estudian en el presente trabajo son los siguientes (9):

a. Edad

Es el número de años que tiene la persona contados desde la fecha de nacimiento.

b. Nivel de instrucción

Es el grado más elevado de estudios realizados, teniendo en cuenta si se han culminado. El Estado Peruano considera los siguientes niveles de instrucción (9):

- Ninguno: corresponde a las personas que no han realizado ningún estudio, o en su defecto no han concluido la primaria.
- Primaria: Incluye a las personas que han culminado los seis años de primaria.
- Secundaria: Incluye a las personas que han concluido los cinco años de la educación secundaria.

- Superior: Incluye a las personas que han realizado estudios superiores tanto de nivel técnico o universitario y los han concluido.

c. Ocupación

Se refiere a la clase de trabajo que efectúa una persona ocupada (o que desempeñaba antes si está cesante) durante el período de referencia adoptado, independientemente de la rama económica a la que pertenezca o la categoría de empleo que tenga. Las categorías consideradas son (9):

- Empleada: Cuenta con trabajo dependiente de una empresa o institución del sector público o privado cuyo vínculo laboral se establece mediante un contrato, recibe un salario mensual.
- Independiente: Se entiende por trabajador independiente o trabajadores independientes, aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo, sino mediante un contrato de servicios y son remunerados bajo la figura de honorarios o comisiones.
- Obrera: Es la persona que desempeña un trabajo manual asalariado, conocido también como operario.
- Comerciante: La persona que se dedica habitualmente al comercio. También se denomina así al propietario de un comercio.
- Agricultora: Es la persona que se dedica a la actividad de la agricultura, la misma que es predominante en La Joya.
- Estudiante: Es aquella persona que se encuentra realizando estudios en alguno de los niveles del sistema educativo peruano.
- Ama de casa: Se refiere a las personas que realizan todas aquellas actividades no económicas de naturaleza doméstica dentro del propio hogar durante la semana (9).

d. Procedencia

La procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva, y del cual entonces procede. En el trabajo, el concepto se utiliza para nombrar al lugar de nacimiento de las persona. Se consideran las procedencias de

Arequipa (provincia), Islay, Camaná, Castilla, Condesuyos, Puno, Cusco y otras provincias o departamentos.

e. Situación conyugal

Es la situación de hecho de la persona en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país. Para efectos del trabajo, se han considerado las siguientes categorías (9):

- Con pareja estable: Aquella persona que tiene pareja a la cual está unida mediante el vínculo del matrimonio conforme a la ley y vive con su conyugue, o a la persona que vive en estado marital sin haber contraído matrimonio legal con aquella persona con la cual convive.
- Sin pareja: Es la persona que no se ha casado ni vive en estado marital con otra persona.
- Parejas eventuales: Es aquella persona que tiene más de una pareja de manera esporádica, por períodos cortos de tiempo.

f. Número de parejas sexuales

Si bien, no se considera un factor sociodemográfico, para efectos del trabajo, se refiere al número de personas con las cuales la entrevistada ha mantenido relaciones sexuales.

g. Edad de inicio de relaciones sexuales

Es la edad en la que la persona entrevistada tuvo su primera relación sexual.

1.2. CONOCIMIENTO

1.2.1. Definición

“El conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas” (10). El conocimiento “es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples

datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo” (10).

Para el filósofo griego Platón, citado por Santa Cruz (10), el conocimiento “es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente”. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo) (10).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental. Según la Organización Mundial de la Salud, citado por Potter y Stockert (11) “el conocimiento es la comprensión alcanzada a través de la experiencia, la observación o el estudio”.

1.2.2. Niveles del conocimiento

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano (11).

En segundo lugar, tenemos el conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre; esto es conocimiento sensible, singular. Pero

además, puedo tener el concepto de padre, que abarca a todos los padres; es universal. El concepto de padre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de padre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de padre es universal (padre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de padre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de padre se aplica a todos los padres. Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal (11).

En tercer lugar tenemos el conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este conocimiento. Intuir un valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarla y comunicarla a los demás (11).

Un ejemplo de conocimiento holístico o intuitivo es el caso de un descubrimiento en el terreno de la ciencia. Cuando un científico vislumbra una hipótesis explicativa de los fenómenos que estudia, podemos decir que ese momento tiene un conocimiento holístico, es decir, capta al objeto estudiado en un contexto amplio en donde se relaciona con otros objetos y se explica el fenómeno, sus relaciones, sus cambios y sus características. El trabajo posterior del científico, una vez que ha vislumbrado una hipótesis, consiste en traducir en términos estructurados (conceptos) la visión que ha captado en el conocimiento holístico, gracias a un momento de inspiración (11).

La captación de valores nos ofrece el mejor ejemplo de conocimiento holístico. Podemos ver a un ser humano enfrente de nosotros (esto es un conocimiento sensible o de primer nivel). Podemos captar el concepto de hombre y definirlo (esto es un conocimiento conceptual o de segundo nivel). Pero además, podemos vislumbrar el valor de este hombre en concreto dentro de su familia. Percibimos su valor y lo apreciamos. Esto es un conocimiento holístico o de tercer nivel (11).

1.2.3. Origen del Conocimiento

a. Racionalismo

Se denomina racionalismo a la doctrina epistemológica que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento solo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. El planteamiento más antiguo del racionalismo aparece en Platón. Él tiene la íntima convicción de que el conocimiento verdadero debe distinguirse por la posesión de las notas de la necesidad lógica y de la validez universal (11).

b. El empirismo

Frente a la tesis del racionalismo, el pensamiento, la razón, es el único principio del conocimiento, el empirismo (del griego Empereimía = experiencia) opone la antítesis: la única causa del conocimiento humano es la experiencia. Según el empirismo, no existe un patrimonio a priori de la razón. La conciencia cognoscente no obtiene sus conceptos de la razón, sino exclusivamente de la experiencia. El espíritu humano, por naturaleza, está desprovisto de todo conocimiento (11).

El racionalismo es guiado por la idea determinada, por el conocimiento ideal, mientras que el empirismo, se origina en los hechos concretos. Los racionalistas casi siempre surgen de la matemática; los defensores del empirismo, según lo prueba su historia, frecuentemente vienen de las ciencias naturales. Esto se entiende sin esfuerzo. La experiencia es el factor determinante en las ciencias naturales (11).

En ellas, lo más importante es la comprobación exacta de los hechos por medio de una cuidadosa observación. El investigador depende totalmente de la experiencia. Suelen distinguirse dos clases de experiencia: una interna y otra externa. El fundamento de un conocimiento válido, no se encuentra en la experiencia, sino en el pensamiento (11).

c. Apriorismo

En la historia de la Filosofía existe también un segundo esfuerzo de intermediación entre el racionalismo y el empirismo: el apriorismo. El cual también considera que la razón y la experiencia son a causa del conocimiento. Pero se diferencia del intelectualismo porque establece una relación entre la razón y la experiencia, en una dirección diametralmente opuesta a la de éste. En la tendencia de apriorismo, se sostiene que nuestro conocimiento posee algunos elementos a priori que son independientes de la experiencia. Esta afirmación también pertenece al racionalismo. Si relacionáramos el intelectualismo y el apriorismo con los dos extremos contrarios entre los cuales pretenden mediar, inmediatamente descubriríamos que el intelectualismo tiene afinidad con el empirismo, mientras que el apriorismo, se acerca al racionalismo. El intelectualismo forma sus conceptos de la experiencia; el apriorismo rechaza tal conclusión y establece que el factor cognoscitivo procede de la razón y no de la experiencia (11).

1.2.4. Conocimiento sobre la realización de la Prueba de Papanicolaou

Es la comprensión de las personas entrevistadas alcanzada a través de la información recibida, experiencias previas, la observación o el estudio acerca de la Prueba de Papanicolaou, en cuanto a los siguientes indicadores:

- a. Definición de la Prueba de Papanicolaou.
- b. Zona del cuerpo en la que se toma la muestra.
- c. Objetivo del Papanicolaou.
- d. Inicio de la realización de la Prueba de Papanicolaou.
- e. Periodicidad con la que debe realizarse el Papanicolaou.

Para la calificación final del conocimiento, se consideran las categorías:

- a. Bueno: Si el puntaje obtenido es de 8 a 10 puntos.
- b. Regular: Si el puntaje es de 4 a 7 puntos.
- c. Malo: Puntaje de 0 a 3 puntos.

1.3. ACTITUD

1.3.1. Definición

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser, citado por Serva define la actitud de la siguiente forma: Predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social (12). En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana (12). Basándose en diversas definiciones de actitudes, Salazar Rodríguez (13), define la actitud como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

1.3.2. Componentes de la Actitud

Rodríguez, citado por Serva (12), distingue tres componentes de las actitudes:

a. Componente cognoscitivo

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. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

b. Componente 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 su componente cognoscitivo.

c. Componente conductual

Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Para explicar la relación entre actitud y conducta, Fishbein y Ajzen, citado por Huamaní han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, ha sido llamada Teoría de la acción razonada(12).

1.3.3. Funciones de las actitudes

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social (como en los estudios de Sherif sobre la actitud en relación al ingroup, el propio grupo de referencia y el outgroup, el grupo externo), ego defensivo. Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos (14):

Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta, en los estudios de mercado.

Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos. Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal.

La actitud en relación a sí mismo, definida como autoestima.

1.3.4. Actitudes respecto a la Prueba del Papanicolaou

Predisposición a reaccionar de manera favorable o desfavorable ante la toma del Papanicolaou, se clasifican como positiva, negativa e indiferente. Son adquiridas, no heredadas y tienden a uniformar el comportamiento de la mujer y sus relaciones sociales. Se consideran los siguientes indicadores (14):

- a. Disposición para el examen.
- b. Importancia de la realización periódica.
- c. Interés por realizarse el Papanicolaou.
- d. Realización a pesar de la oposición de la pareja.
- e. Temor a los resultados.

Las actitudes se consideran de acuerdo al grado de aceptación, rechazo o indiferencia.

1.4. CUELLO UTERINO

1.4.1. Embriología

Al cabo de ocho semanas del último período menstrual los conductos de Wolff o Mesonéfricos del feto femenino, han alcanzado el seno Urogenital para abrirse en el mismo. A las diez semanas comienzan a fusionarse entre sí los conductos de Muller o Paramesonéfricos, para formar una sola estructura que llega al seno Urogenital. Los conductos fusionados de Muller originan: el cuello uterino. La vagina deriva enteramente de seno urogenital. Los conductos de Muller se fusionan y terminan en forma ciega en el tubérculo de Muller (origen mesodérmico) el cual entra en contacto

con el seno urogenital (origen endodérmico). Este sitio de unión ha planteado controversias en la mujer adulta y sería la zona de Transformación Cervical (Z-T) que encontramos en el cérvix en la edad reproductiva (15).

Estudios experimentales han sugerido que los eventos que ocurren en esta unión Seno-Urogenital — Tubérculo de Muller (Endodermo – Mesodermo) pueden ejercer una influencia potencial crucial en la susceptibilidad del epitelio cervical a lesiones neoplásicas. En la recién nacida y bajo influencia de las hormonas maternas, suele desplazarse la zona de transformación hacia la porción vaginal del cuello uterino, encontrándose una zona de eversión o ectropión al nacimiento. (Erosión Congénita) (15).

1.4.2. Anatomía Cervical

El cuello uterino constituye la parte más baja del útero, tiene una longitud de 2,5 a 3 cm., se continua hacia arriba con el cuerpo uterino (5cm) por el istmo y hacia abajo con la vagina. La porción vaginal del cuello (Hocico de Tenca, Portio Vaginalis, Exocervix) se proyecta en la vagina superior y hacia atrás con el fondo del saco posterior. El orificio externo es redondeado y puntiforme en la Nulípara; transversal en la primípara y desgarrado en la múltipara. El canal cervical se extiende desde el orificio externo hasta el orificio cervical interno donde se conecta con la cavidad uterina (Endocervix). Una vez colocado el espejulo el médico debe reconocer las siguientes estructuras (15):

- a. **Exocervix:** La superficie del exocervix normal tiene la apariencia de una mucosa uniformemente lisa de coloración rosada y brillante, no se identifican restos de epitelio cilíndrico, no aperturas glandulares, no quistes de Naboth, no alteraciones vasculares. A esta visión Macroscópica la denominamos “cuello de apariencia Normal”.
- b. **Endocervix:** No siempre observable en la nulípara, su mucosa se aprecia con discretos relieves papilares, lisos, rosados y brillantes especialmente en múltiparas.

- c. Orificio cervical externo:** Circular o transversal, coincide idealmente con el límite entre las mucosas Exocervical y Endocervical.
- d. Moco endocervical:** Normalmente es transparente, brillante, inoloro y cristalino.
- e. Medios de sostén:** Lateralmente el cérvix se encuentra adherido a los ligamentos cardinales o de Mackenrodt principal fuente de suspensión, fijación y soporte, que junto con los ligamentos útero-sacros mantienen la suspensión normal del útero, la excisión de estos ligamentos (Denervación) a veces se utiliza para alivio de la dismenorrea intratable. La elongación de estos ligamentos lleva al descenso uterino (Histerocele).
- f. Irrigación:** Deriva de la arteria cervico-vaginal, rama de la arteria uterina, nace inmediatamente dentro del cruzamiento de las arterias Uterinas con el Uréter. En el interior del cuello las arterias se anastomosan con las del lado contralateral y se ramifican en superficiales y profundas.
- g. Drenaje linfático:** Los linfáticos del cérvix proceden de la red que rodea el segmento inferior Uterino, convergiendo hacia las partes postero-laterales del cuello y desde allí se reparte en tres direcciones diferentes (15):
- Hacia los ganglios medios y superiores de la cadena ilíaca externa.
 - Hacia los ganglios de bifurcación de la arteria ilíaca primitiva, esto es a los ganglios medios y superiores de la cadena hipogástrica.
 - Hacia los ganglios pre sacros o del promontorio.

1.4.3. Fisiología Cervical

El epitelio escamoso del cérvix tiene dos funciones fundamentales (15):

- Protección mecánica contra las agresiones.
- Protección biológica de depuración frente a las infecciones.

La protección mecánica se lleva a cabo gracias a la estratificación y disposición de las células superficiales. La protección biológica se debe a la producción de glucógeno por las células intermedias. El glucógeno es transformado por los bacilos de Doderlein, en ácido láctico, proporcionando al canal cervico-vaginal la acidez necesaria para la depuración biológica del medio vaginal. Ph Normal: 3.8 – 4.5.

1.5. PRUEBA DE PAPANICOLAOU (PAP)

1.5.1. Definición

Es el estudio que consiste en la toma para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina. El examen de Papanicolaou es la prueba de detección de cáncer más utilizada en el Perú. La prueba de Papanicolaou (también conocida como la prueba PAP o examen de citología) es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer (15). En la década de 1940, el Dr. George Papanicolaou revolucionó el cuidado de la salud de las mujeres con la introducción del examen de Papanicolaou; un examen que identifica células precancerosas en el cérvix. Desde su introducción, a esta sencilla herramienta de revisión se le ha atribuido una reducción del 79% en las muertes a causa de cáncer cervical invasivo en los Estados Unidos (15).

1.5.2. Indicaciones

The American Medical Association (AMA) y la OMS, recomiendan las siguientes indicaciones para los exámenes de Papanicolaou (16):

- Examen anual de Papanicolaou comenzando a la edad de 21 años.
- Examen anual de Papanicolaou en un lapso de 3 años desde el inicio de la actividad sexual, si es antes de los 21 años de edad.
- Después de 3 o más exámenes normales anuales de Papanicolaou, este examen podría realizarse con menos frecuencia en intervalos de 2-3 años.

1.5.3. Mecánica de la Prueba de Papanicolaou

Durante un examen de Papanicolaou convencional, el cual se lleva a cabo durante un examen pélvico normal, el profesional de salud retira células del cérvix y/o vagina con un cepillo o espátula. Las células son examinadas en un portaobjetos, el cual es rociado con un fijador a base de etanol para ayudar a conservar las células. El portaobjetos es enviado a un laboratorio para detectar cualquier señal de anormalidad. Las células anormales pueden predecir un riesgo más alto de avance a cáncer cervical invasivo, conduciendo a estrategias de intervención que pueden prevenir esta forma de cáncer e incluso salvar la vida de una mujer.

1.5.4. Técnica apropiada para realizar el frotis del Papanicolaou

Diferentes instrumentos han sido utilizados a través de la historia para lograr una toma adecuada y representativa como: pipetas de vidrio, asa de platino, escobillón, espátulas de madera, plástico, aplicadores de algodón, etc. En general la muestra exocervical por lo accesible del epitelio escamoso no ha presentado mayor dificultad, en cambio la muestra endocervical debe tener un método sencillo y práctico que proporcione células endocervicales en calidad y cantidad adecuadas. El 90% de las lesiones precancerosas de cérvix tiene lugar en la Zona de Transformación (ZT). El epitelio columnar, endocervical representa el límite superior de la zona de transformación, por consiguiente es ampliamente aceptado que la presencia de células endocervicales en el extendido es el parámetro más importante que indica que la muestra es representativa de la zona de transformación (15). Un porcentaje del 25% de células endocervicales o más con buena conservación representa lo óptimo en el control de calidad de la muestra. Porcentajes menores del 12.5% se consideran inadecuados para el diagnóstico, por consiguiente el frotis debe ser rechazado para su interpretación y el PAP debe repetirse (15).

Diferentes dispositivos para la toma de la muestra endocervical se han utilizado como espátulas de punta, hisopos de algodón humedecido con solución salina, pipeta de aspiración cervical, etc. Sólo a partir de 1987 el cepillo endocervical (cytobrush) se ha considerado ideal para la muestra endocervical disminuyendo de esta manera el porcentaje tan alto de falsos negativos que puede llegar hasta un 55% (15).

1.5.5. Materiales e Infraestructura

Para realizar la Prueba de Papanicolaou, se precisa lo siguiente (17):

- a. Área privada para exploración.
- b. Camilla ginecológica.
- c. Profesionales de la salud capacitados.
- d. Espéculo vaginal estéril.
- e. Suministros y equipo para preparación e interpretación de frotis de Papanicolaou (por ejemplo, espátulas, portaobjetos de vidrio, fijador, colorantes para tinción, microscopio).
- f. Marcador/lápiz/plumón para vidrio/etiquetas.
- g. Formularios de solicitud de citología.
- h. Libros y hojas para registro.
- i. Sobres para enviar los portaobjetos.
- j. Laboratorios de citología con personal capacitado para interpretar los resultados.
- k. Patólogos.
- l. Sistemas de información, para garantizar un contacto de seguimiento con las mujeres.



Fig. 1 Materiales para Toma de PAP

Fuente: Adaptación de www.google.com



Fig. 2 Materiales para Toma de PAP
Fuente: Adaptación de www.google.com

1.5.6. Estrategias para la toma de muestras

- a. El material citológico debe obtenerse antes de la exploración ginecológica bimanual.
- b. El especulo debe introducirse sin lubricantes, debe humedecerse con solución salina o agua y evitar traumatismos cervico-vaginales.
- c. Visualizar bien el cérvix con el fin de localizar la Zona de Transformación (zona de Transición escamo-columnar) la cual varía con las diversas etapas de la vida y la paridad de la paciente. Las mujeres multíparas generalmente presentan cierta eversión (ectopia - ectropión) lo que permite visualizar fácilmente la zona de Transición escamo-columnar. Las nulíparas pueden tener la Zona de Transición escamo-columnar en el interior del conducto endocervical, lo cual sucede también en las menopáusicas.

- d. Toma ectocervical: con espátula de madera (espátula del Dr. Ayre) se raspa suavemente el exocérvix en toda su extensión y se coloca el material en la placa de vidrio en forma ondulante.
- e. Toma endocervical: Idealmente utilizando el citocepillo y rotándolo sobre el conducto endocervical se toma una buena muestra la cual se extiende en el extremo inferior del portaobjetos en sentido longitudinal y en forma rotante, quedando una lámina fina y transparente al microscopio.
- f. El material extendido en el porta objetos, se fijará inmediatamente en alcohol de 96° o con spray fijador citológico, antes de practicar el resto de la exploración pélvica.
- g. Llenar todos los datos de la hoja de citología pre-codificada, verificar el número de la placa o portaobjeto y enviarla para estudio citopatológico (15, 17).

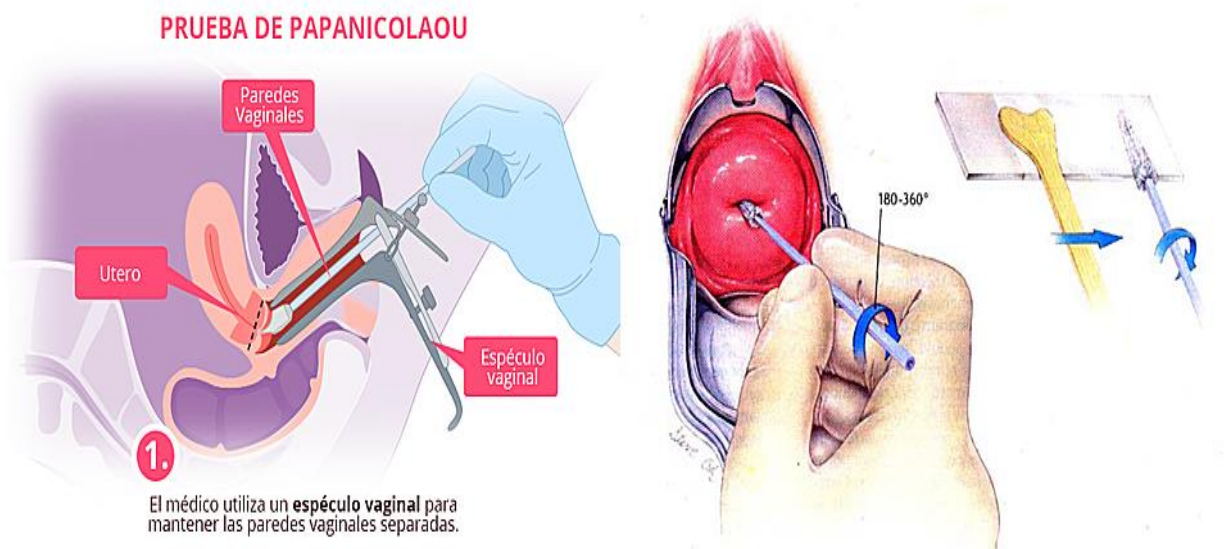


Fig. 3 Toma de muestra de PAP

Fuente: Clínica Vitalmed – Panama. www.clinicavitalmed.com

1.5.7. Categorías en los resultados del Papanicolaou

a. Resultados normales

El resultado se considera normal, en los siguientes casos (15, 17):

- Si no se ven células anormales, el resultado de la prueba es normal.
- Si sólo se observan cambios benignos, generalmente secundarios a inflamación o irritación, el resultado de la prueba es normal.

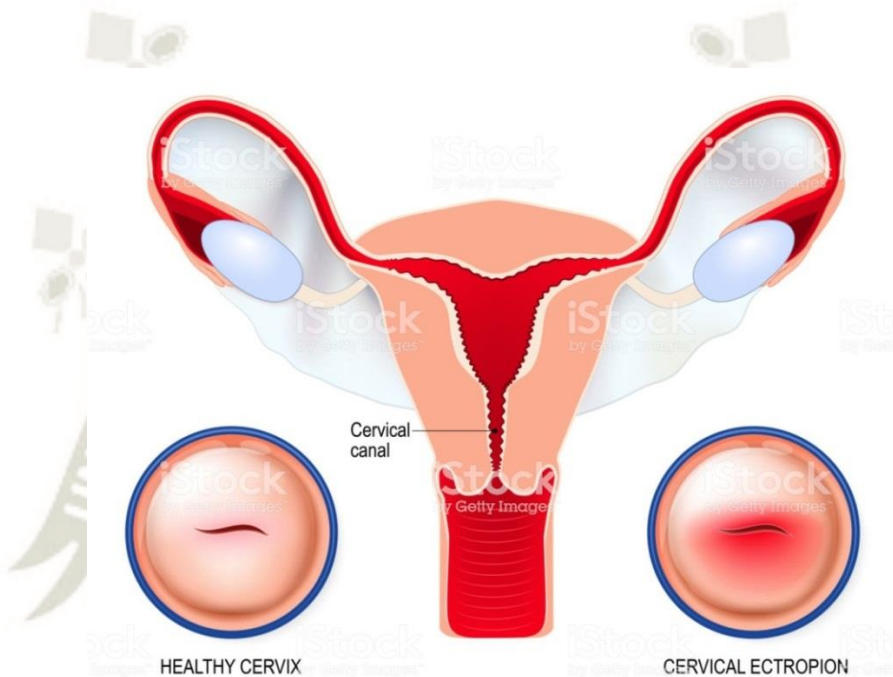


Fig. 4 Cuello Uterino normal- sano
<https://www.istockphoto.com/es/vector/humano-%C3%BAtero-cuello-uterino-sano-y-eros>

b. Resultados anormales

- Citología falso negativa: El PAP falso negativo resulta cuando es reportado como normal y por otros métodos (como Colposcopia, Biopsia, Cono, Histerectomía, HPV-DNA etc.) resulta patología pre maligna o maligna. El porcentaje de falsos negativos es: hasta de un 20% para el carcinoma invasor, y de un 20% - 50% para lesiones intra-epiteliales de alto o bajo grado (L-SIL, y H – SIL). La táctica de repetir frecuentemente la citología comúnmente usada en nuestro medio, tampoco es suficiente para lograr una aceptable tasa

de sensibilidad, especialmente en las lesiones intraepiteliales de bajo grado.
(L – SIL).

- Células atípicas de importancia indeterminada (ASCUS, AGUS).
- Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (L-SIL) o neoplasia intraepitelial cervical (CIN) de grado 1. Estos son cambios celulares leves y sutiles, y la mayoría desaparecen sin tratamiento.
- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (H-SIL) o CIN 2 ó 3.
- Cambios celulares moderados y graves que requieren de pruebas ulteriores o de tratamiento.
- Carcinoma.

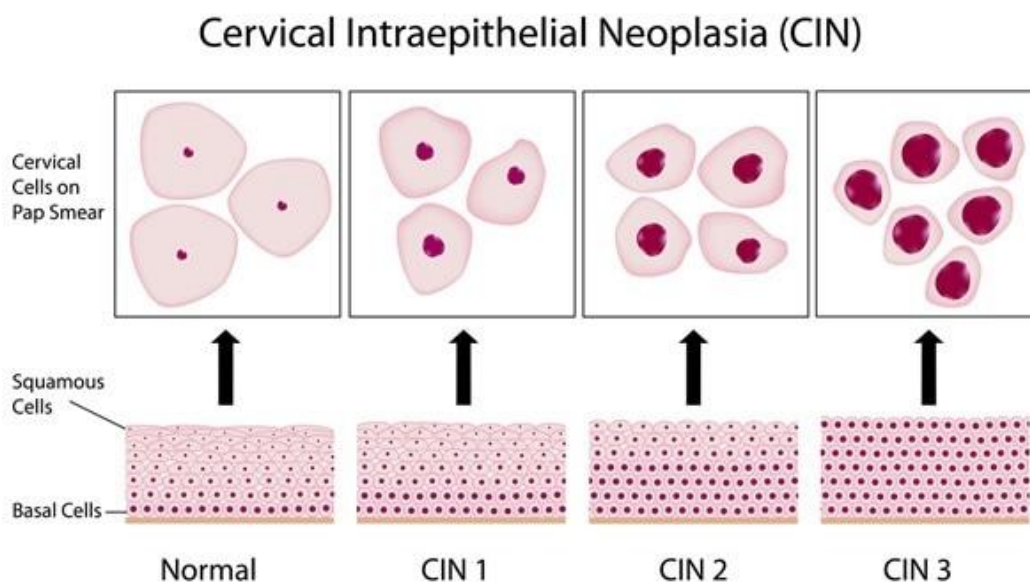


Fig. 5 Células intraepiteliales en Neoplasia
<https://hvp.com.tr/kafamiz-karisti-cin-nedir-lsil-nedir-doktorum-diyorsaniz-boyle-buyrun-lutfen-%EF%81%8A/?lang=en>

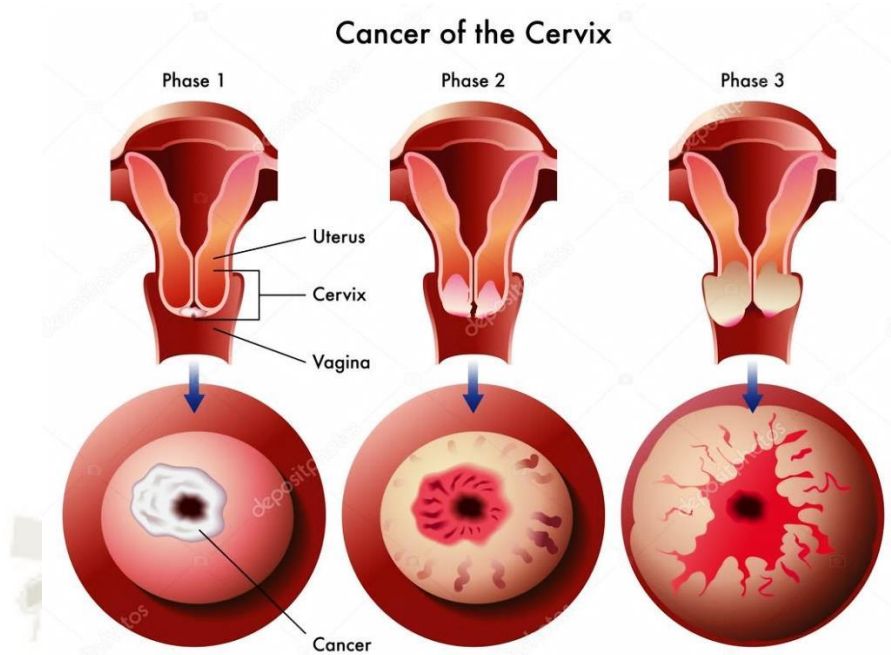


Fig. 6 Fases del Cancer de Cervix
<https://universityhealthnews.com/daily/cancer/dont-wait-for-symptoms-of-cervical/>



Fig. 7 Etapas del Cancer de Cervix
<https://es.paperblog.com/como-prevenir-el-cancer-cervicouterino-1776251/>

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

1.2. Instrumentos

Para las variables características sociodemográficas, el instrumento que se utilizó fue la cédula de entrevista, la misma que fue elaborada en base a 17 ítems, dividido en tres partes: Una primera parte trata sobre las características sociodemográficas de la mujer, tales como edad, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, situación conyugal, número de parejas sexuales, edad de inicio de relaciones sexuales.

Para la variable conocimiento: se aplicó la cédula de entrevista validada por Gutiérrez y cols (26), cuya segunda parte indaga sobre el conocimiento de las mujeres acerca de la realización de la Prueba de Papanicolaou, esta sección consta de 5 preguntas, las que tienen la ponderación siguiente: 2 puntos por cada respuesta correcta, 0 punto por respuesta incorrecta. Para determinar el nivel de conocimiento, se considera las siguientes categorías: Malo: 0 – 3 puntos, Regular: 4 – 7 puntos y Bueno: 8 – 10 puntos. Este instrumento fue validado por los autores mediante la realización del método de consistencia interna a través del Coeficiente alfa de Cronbach, dando como resultado 0,83, lo cual demuestra que se trata de un instrumento con alta confiabilidad (26).

Para la variable actitud, se aplicó como instrumento la tercera parte de la cédula de entrevista, se incluyen preguntas relacionadas con las actitudes de las pacientes referente a la Prueba del Papanicolaou, las mismas que fueron validadas por Martínez y Vásquez (27); está compuesto por 6 reactivos estructurados en escala tipo Likert que busca evaluar disposición para realizarse el PAP (1), importancia de la realización periódica (2), interés por realizarse el PAP (3), realización a pesar de oposición de la

pareja (4) y temor a los resultados (5). Cada uno de esos ítems fue valorado entre 1 a 5 puntos, con un puntaje final que podía variar entre 5 puntos como mínimo y 25 como máximo. Las actitudes para la toma del PAP se clasifican en aceptación si la suma del puntaje Likert es >20 , indiferencia si oscila entre 15 a 20 y rechazo si la suma resulta <15 . La validación del instrumento también fue realizado mediante el método de consistencia interna aplicando el Coeficiente alfa de Cronbach que dio como resultado 0,871, lo cual demuestra una confiabilidad alta (27).

Cuadro de Coherencia del Instrumento

VARIABLE	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
V. Independiente: Características sociodemográficas	Edad Nivel de instrucción Ocupación Procedencia Situación conyugal Número de parejas sexuales Edad de inicio de relaciones sexuales	Entrevista	Cédula de entrevista
V. Dependientes: Conocimiento sobre la realización de la prueba de Papanicolaou	Definición del Papanicolaou Zona del cuerpo de la que se toma la muestra Objetivo del Papanicolaou Inicio de la realización de Papanicolaou Periodicidad con la que debe realizarse el Papanicolaou	Entrevista	Cédula de entrevista
Actitudes respecto a la prueba del Papanicolaou	Disposición para el examen Importancia de la realización periódica Interés por realizarse el Papanicolaou Realización a pesar de oposición de la pareja Temor a los resultados	Entrevista	Cédula de entrevista

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación fue realizada en el Centro de Salud de La Joya, pertenece a la Red de Salud Arequipa Caylloma, el cual está ubicado en Calle Paz Soldán N° 301 La Joya. El Centro de Salud de la Joya realizaba sus labores asistenciales en un local que es propiedad del Ministerio de Salud, desde hace unos 32 años y ocupa ambientes e una edificación de un solo nivel con 421 m² construidos en un área disponible de 3240 m². Además de las destinadas a la atención ambulatoria, así como a la atención de partos, por ser un establecimiento que atiende 24 horas al día y es referencia de los distritos de San Isidro y Vitor, se tiene una gran dificultad al contar con equipamiento (equipo médico, instrumental y mobiliario) insuficiente y obsoleto que finalmente no permite una atención de calidad al usuario.

La infraestructura no guardaba correspondencia con la funcionalidad que deben tener los establecimientos de salud, ocasionando turgurización e incomodidad de atención por parte de los usuarios internos. Ante esta situación, se determinó derruir dicho establecimiento para realizar una estructura nueva de acuerdo a la modernidad de los actuales establecimientos de salud; pero aún no se ha concluido. Motivo por el cual el Centro de Salud a la actualidad está funcionando en Jirón 2 de Mayo N° 501 en un espacio prestado por la municipalidad distrital de la Joya.

El Centro de Salud de la Joya tiene una población asignada por el MINSA de 19,019 habitantes para el año 2018. El Centro de Salud de la Joya forma parte de la Micro Red de Salud La Joya. Los establecimientos de dicha Micro Red son: P.S. Cerrito Buena Vista, P.S. El cruce - Triunfo, P.S. Los Médanos y P.S. Benito Lazo.

2.2. Ubicación Temporal

Se trata de un estudio coyuntural, ya que está referido a un problema de Salud Pública muy importante en la actualidad. El corte temporal corresponde a un estudio transversal.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población

La población estuvo representada por las mujeres atendidas en el Centro de Salud de La Joya, La población es de aproximadamente 150 mujeres que son atendidas por mes en el Consultorio de Obstetricia por tanto constituyeron el 100% de atendidas. Se incluyó en el estudio a las mujeres de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Mujeres con edades comprendidas desde 20 a 60 años atendidas en el Centro de Salud de La Joya.
- Mujeres que aceptaron participar en el estudio.
- Mujeres que tenían vida sexual activa.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que se negaron a participar.
- Mujeres que presentaban algún tipo de discapacidad mental.
- Mujeres que no hablaban español.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Una vez que se obtuvo la aprobación del Proyecto de Investigación, se aplicó la Prueba Piloto a los instrumentos, para ello, se aplicaron a 20 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión, a efectos de tener características similares entre la población de estudio y la Prueba Piloto, esta se aplicó en el Puesto de Salud Benito Lazo, que forma parte de la Micro Red La Joya, luego de que se aplicó la prueba

piloto, se realizaron los reajustes necesarios al instrumento, principalmente para facilitar la comprensión por parte de las personas encuestadas. Luego de ello, se aplicaron los instrumentos a las unidades de estudio en el Centro de Salud de La Joya, la aplicación de los mismos, se realizaba luego de la captación de las pacientes y habiendo verificado que cumplían los criterios de inclusión, se realizaba la entrevista y en caso de que las pacientes tuvieran alguna duda o inquietud, estas fueron eran absueltas por la investigadora. La recolección de datos se realizó durante el lapso de un mes, y después de ello se realizó el análisis estadístico de los datos recolectados que permitió llegar a los resultados.

3.2. Recursos

Se utilizaron fichas de revisión bibliográfica, lapiceros y las cédulas de entrevista.

3.3. Validación de instrumentos

Los dos instrumentos empleados han sido validados mediante el método de consistencia interna, que dio como resultados valores altos del Coeficiente alfa de Cronbach.

3.4. Criterios para manejo de resultados

Se utilizaron pruebas de estadística de tendencia central (promedio, mediana, desviación estándar) y pruebas de estadística inferencial. Para establecer las características sociodemográficas que influían en los conocimientos y actitudes de las mujeres se aplicó la Prueba de Ji cuadrado para las variables nominales y la Prueba T para las variables ordinales.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de la investigación, los mismos que fueron obtenidos tras la aplicación de los instrumentos a las 141 mujeres que conformaron la población de estudio. La presentación de los resultados se ha organizado en función de las variables y objetivos del estudio, de la siguiente manera:

De la tabla 1 a la tabla 7 se presentan los resultados acerca de las características sociodemográficas de las pacientes.

En las tablas 8 y 9, se presentan los resultados de la evaluación del conocimiento de las mujeres respecto a la Prueba del Papanicolaou.

Las tablas 10 y 11 incluyen los resultados de la evaluación de las actitudes respecto a la Prueba del Papanicolaou.

La tabla 12 muestra la influencia de los conocimientos en las actitudes.

En las tablas 13 y 14 se analiza la influencia de las características sociodemográficas con el conocimiento y la actitud respecto a la Prueba del Papanicolaou.

TABLA N° 1

MUJERES ATENDIDAS SEGÚN EDAD

EDAD	F	%
≤20	9	6,38
21 – 30	52	36,88
31 – 40	47	33,33
41 - 50	29	20,57
51 – 60	4	2,84
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que el 70,21% de pacientes tienen edades comprendidas entre los 21 a 40 años, el 20,57% entre 41 a 50 años. Los porcentajes menores representan a mujeres menores de 20 años y las mayores de 51 a 60 años. La edad promedio de las mujeres es 33,60 años.

Respecto a la edad de las participantes, se puede comentar que una de las características principales que se presentan en el distrito de La Joya, es que existe una alta migración de personas que proceden de la zona sur principalmente de las ciudades de Puno, Juliaca, Cusco, Chumbivilcas y otras localidades cercanas que se han trasladado a La Joya, principalmente se trata de personas jóvenes y adultos que buscan en el Distrito mejores oportunidades laborales. Pero también se aprecia que a lo anterior se añaden problemas sociales por los cuales, muchas parejas o familias se separan y las personas tienen nuevas parejas, que como lo señala la literatura, es un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino y una práctica inadecuada de salud.

Estos resultados se asemejan a los resultados obtenidos por Campiño (19) quienes reportan que la edad promedio fue de 23 años, a diferencia del estudio de Díaz (24), donde encuentran una edad promedio de 34 años; en el estudio de Justo, las mujeres tuvieron edades comprendidas entre 21 a 30 años, con un promedio de 25 años (25).

Un reciente estudio señala que las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como el Virus de Papiloma Humano constituye una de las patologías más comunes en la población joven, debido a que las tasas máximas de prevalencia de VPH se observa en mujeres menores de 25 años que oscila entre el 30% y el 80%, y la probabilidad de contraer de por vida el VPH es tan alta como 80-90% , además existe el 4 -10% son portadores persistentes de VPH en la edad media determinando un pico secundario en mujeres peri menopáusicas o menopáusicas tempranas (33).

Un estudio señala que el análisis de las tasas de incidencia específicas por edad de cáncer invasor según el nivel de instrucción, muestra que este factor tiene una alta influencia en el desarrollo del cáncer de cuello uterino. La curva de las mujeres analfabetas y con instrucción primaria es casi vertical a partir de los 20 años de edad, y llega a 13,3 por 100000 mujeres a los 25 años, mientras que en los grupos de mayor instrucción la tasa a esas edades es cercana a cero. En las mujeres analfabetas y con instrucción primaria, se encuentra que la tasa de incidencia de cáncer invasor llega a 91 por 100 000 mujeres en el grupo de edad de 40 a 44 años. Sin embargo, entre las mujeres con educación superior el carcinoma invasor se presenta a partir de los 45 años de edad, es decir, 15 años después que entre las mujeres con educación primaria o sin instrucción (34).

TABLA N° 2

MUJERES ATENDIDAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Ninguno	0	0,00
Primaria	25	17,73
Secundaria	77	54,61
Técnico	28	19,86
Superior	11	7,80
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

En la presente tabla podemos observar que el 54,61% de pacientes tienen nivel de instrucción secundaria, el 19,86% y 17,73% tienen instrucción técnica y primaria respectivamente. Hubo un 7,80% de mujeres con instrucción superior y ninguna sin instrucción.

Estos resultados concuerdan con los datos referidos por el INEI (9) de acuerdo al censo poblacional del 2017, en el que se encuentra que el 51% de la población femenina tiene instrucción secundaria. Afirmando lo anterior, la mayoría de personas de La Joya que han migrado de otras ciudades presenta, en la mayoría de casos instrucción secundaria y primaria, sobre todo en el caso de las mujeres, quienes se aprecia que en muchos casos son madres adolescentes y esto incide de forma negativa en la culminación de los estudios secundarios o la realización de estudios superiores.

El estudio de Guimac (21) señala que la mayoría de las encuestadas tenían estudios superiores, lo que contrasta con lo encontrado por Bazán y Soto (23), quienes encontraron que el nivel de instrucción predominante en las mujeres de Cajamarca era el secundario.

Según Armijo (35), en las mujeres analfabetas o con instrucción primaria la neoplasia avanza más rápido que en los otros grupos, lo que demuestra que la escolaridad claramente influye en los estadios clínicos del carcinoma infiltrante. Se ha encontrado una estrecha correlación entre la escolaridad y la frecuencia y evolución del carcinoma de cuello uterino, por ello, es que sugiere que la baja escolaridad debe considerarse como un importante factor de riesgo del cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 3

MUJERES ATENDIDAS SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	F	%
Estudiante	2	1,42
Empleada	18	12,76
Obrera	18	12,76
Agricultora	24	17,02
Comerciante	11	7,80
Independiente	13	9,22
Ama de casa	49	34,76
No trabaja	6	4,26
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que las ocupaciones más frecuentes fueron ama de casa (34,76%), agricultoras en 17,02%, obreras en 12,76% y empleadas en 12,76%. Otras ocupaciones son menores frecuentes. Al respecto se puede comentar, que las mujeres atendidas, al tener trabajos ya sea en casa o en el campo, en la mayoría de casos, disponen del tiempo necesario para poder acudir a realizarse la Prueba de Papanicolaou en el centro de Salud, además, el tener contacto con otras mujeres trabajadoras, puede influir en el hecho de que se difundan comentarios y/o conocimientos sobre el PAP.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Bazán y Soto (23), y con el estudio de Díaz (24), quienes reportan que la mayoría de encuestadas fueron amas de casa, otro grupo importante de mujeres que formaron parte de los estudios citados son trabajadoras independientes.

Un factor que consideramos, que hasta cierto punto limita las oportunidades de las mujeres en relación a los conocimientos y prácticas de salud que tienen, es que la mayoría de ellas,

son amas de casa y esto implica que la mayor parte del día lo transcurren en su vivienda cuidando a los hijos o realizando los quehaceres domésticos, por ende, probablemente tengan menos oportunidades de acceso a información de salud que se puede compartir en los distintos centros de trabajo o en el compartir información con otras personas. Cabe señalar que un problema social que afecta a las mujeres del distrito es el machismo que condiciona que muchas mujeres sean también víctimas de maltrato verbal, físico, psicológico e incluso sexual, por parte de sus parejas, quienes también tienen conductas sexuales de promiscuidad, y entonces, las amas de casa, sumisas, no tienen conocimientos adecuados ni tampoco mayores oportunidades de acceder a la información o cuidados de salud necesarios para prevenir enfermedades de transmisión sexual como la infección por el virus del papiloma humano, entre otras.

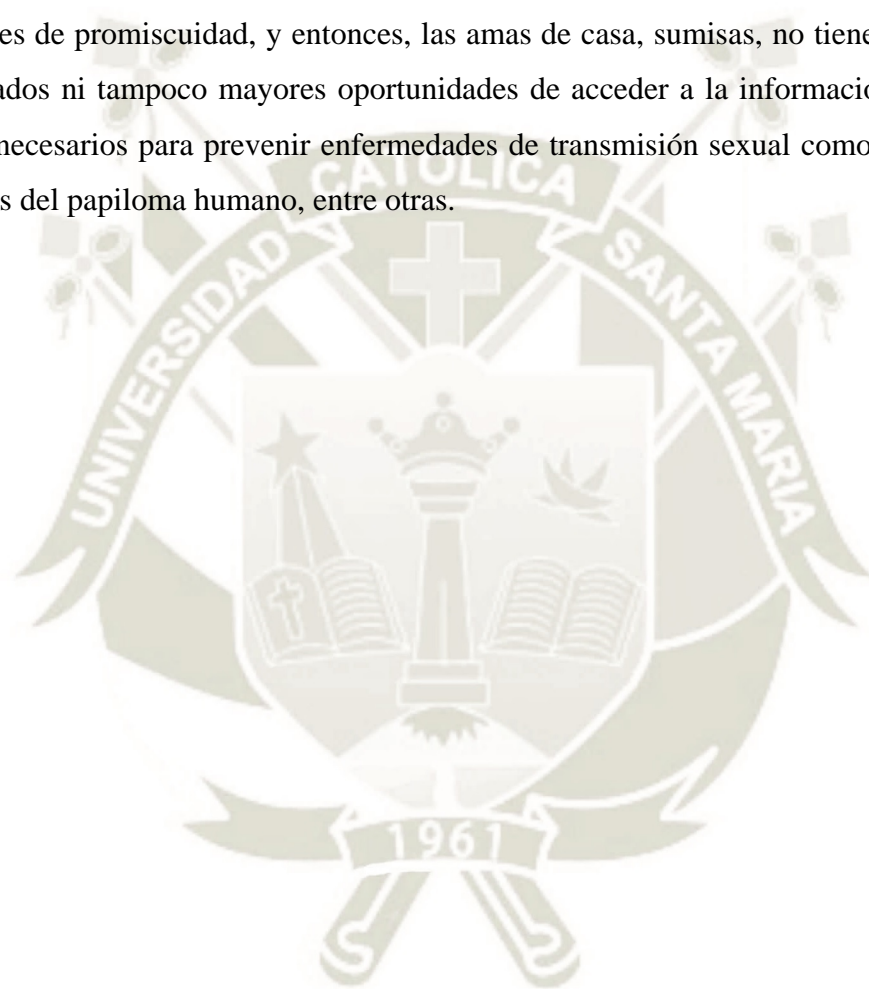


TABLA N° 4

MUJERES ATENDIDAS SEGÚN PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	F	%
Islay	2	1,42
Camaná	2	1,42
Castilla	4	2,84
Puno	33	23,40
La Joya	66	46,81
Arequipa	16	11,35
Cusco	13	9,22
Pucalpa	2	1,42
Caylloma	1	0,71
Moquegua	1	0,71
Piura	1	0,71
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que existe diversidad de procedencias en las mujeres atendidas en el Centro de Salud de La Joya, donde destacan La Joya en 46,81%, Puno en 23,40%, Arequipa en 11,35% y Cusco en 9,22%.

De igual modo se puede comentar que la mayoría de las mujeres encuestadas proceden del medio urbano, situación que favorece el acceso a los servicios de salud. Un estudio señala que la posición de la mujer en la sociedad moderna y la influencia que ejercen el nivel de escolaridad, la ocupación y la procedencia urbana o rural, en varios fenómenos sociológicos están relacionados consigo misma y con su entorno, es decir, con sus hijos y su familia, los cuales van adquiriendo cada vez mayor importancia por sus implicancias en la salud. Más aun, adquieren trascendencia e influencia decisivas con respecto a la

fecundidad, la nutrición de los hijos, la mortalidad infantil y claro está también en los fenómenos que le atañen como persona, por ejemplo las enfermedades (34).

Los cambios sociológicos que afectan a la mujer no son homogéneos en las diversas sociedades. En los países del Tercer Mundo, el desarrollo y el camino hacia la equidad en cuanto a género son todavía muy lentos y desiguales. Esto tiene una gran influencia en la sobrecarga de tareas que impiden que la mujer se preocupe o se cuide de forma suficiente, porque tiene que cumplir antes con sus compromisos domésticos y los inherentes a su condición biológica de madre (34).

Tanto el grado de instrucción, la ocupación y la procedencia se consideran como los principales determinantes sociales de la salud que afectan a la mayoría, sino todas las personas y por tanto, constituyen un buen indicador para clasificar grupos de riesgo con respecto a diferentes neoplasias, especialmente el cáncer de cuello de útero, que afecta fundamentalmente a las mujeres pobres (35).

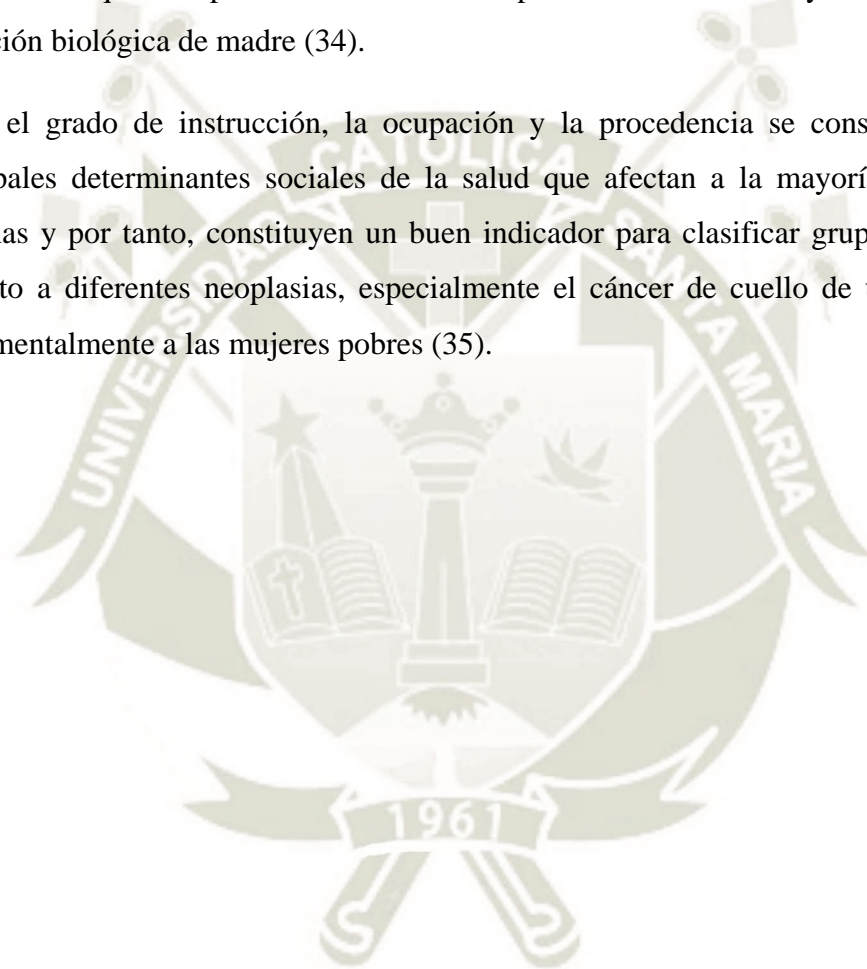


TABLA N° 5

MUJERES ATENDIDAS SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL

SITUACIÓN CONYUGAL	F	%
Con pareja estable	89	63,12
Sin pareja actual	51	36,17
Parejas eventuales	1	0,71
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

La presente tabla nos muestra que el 63,12% de mujeres encuestadas señaló que tienen pareja estable, el 36,17% en la actualidad no tienen pareja y el 0,71% tiene parejas eventuales.

Estos resultados son importantes de comentar debido a que muchas mujeres manifestaban que como ya no tenían pareja, no consideraban necesario tener que realizarse el PAP, sin embargo, esta creencia demuestra desconocimiento, puesto que son mujeres que anteriormente han tenido pareja, situación que las pone en riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

Este resultado, debe tomarse con cautela, porque a pesar de que la mayoría de mujeres tienen parejas estables, un problema muy común que se presenta en el distrito es la promiscuidad sexual, sobre todo de los varones, quienes tienen relaciones sexuales con personas que no son su pareja estable y esto ocasiona que las esposas o convivientes puedan ser contagiadas con la infección por el virus del papiloma Humano, -que como sabemos – es el agente etiológico del cáncer de cuello uterino. De allí que es necesario que se refuerce mucho la educación para la salud, pero principalmente en los varones a efectos de que se logre un control adecuado de los principales factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

Otro factor a tener en cuenta es que la mayoría de mujeres inician de forma temprana las relaciones sexuales, y esto junto con la promiscuidad sexual y el número de compañeros sexuales son factores de riesgo reconocidos del cáncer de cuello uterino (35).

TABLA N° 6

MUJERES ATENDIDAS SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	F	%
1	49	34,75
2	45	31,91
3	30	21,28
4	11	7,80
5	6	4,26
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que el 66,66% de mujeres tienen de una a dos parejas sexuales, el 21,28% señaló tener tres parejas sexuales y el 12,06% ha tenido cuatro o cinco parejas.

Estos resultados ponen de manifiesto que las mujeres que viven en la Joya, son muy vulnerables a desarrollar el cáncer de cuello uterino, debido a que en la mayoría de casos tienen más de una pareja sexual, situación que incrementa el riesgo de desarrollar la enfermedad, a causa del mayor riesgo de contraer la infección por el papiloma virus, por tanto, es imperativo, que estas mujeres sean capacitadas acerca del PAP y la importancia de su realización periódica, así como también que mejoren sus actitudes venciendo el temor o rechazo a la toma de muestra o los resultados.

En el estudio de Galán y cols (35), se señala que la infección por el virus del HPV es el factor etiológico considerado en el CCU y está íntimamente relacionado con la conducta sexual, se describen cuatro fases fundamentales en el desarrollo del CCU: la infección por el HPV del epitelio metaplásico en la zona de transformación, la persistencia viral del HPV, la progresión clonal del epitelio persistentemente infectado a lesiones precancerosas y la invasión a través de la membrana basal del epitelio. En todas estas etapas se ha podido establecer que los principales factores de riesgo para la adquisición de la infección por

HPV son históricamente asociados al inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes y un elevado número de parejas sexuales del marido o de la pareja masculina, siendo que estos parámetros de comportamiento sexual se asocian con un mayor riesgo de CCU en las mujeres, y a un mayor riesgo de infecciones anales, de tumores de ano y de pene en los hombres homosexuales.

En el estudio de Alfaro y cols (37), señalan que la mayoría de los hombres y mujeres en el mundo se infectan por el HPV al menos una vez en su vida, pero sólo una pequeña parte de las mujeres desarrolla CCU. Esto significa que el 90% de las infecciones por HPV regresan espontáneamente y un pequeño porcentaje progresa a cáncer. La mayoría de las infecciones por el HPV son asintomáticas, motivo por el cual, las mujeres no acuden a la consulta médica de allí, que es difícil detectar las lesiones precursoras o preinvasoras del cáncer de cuello uterino.

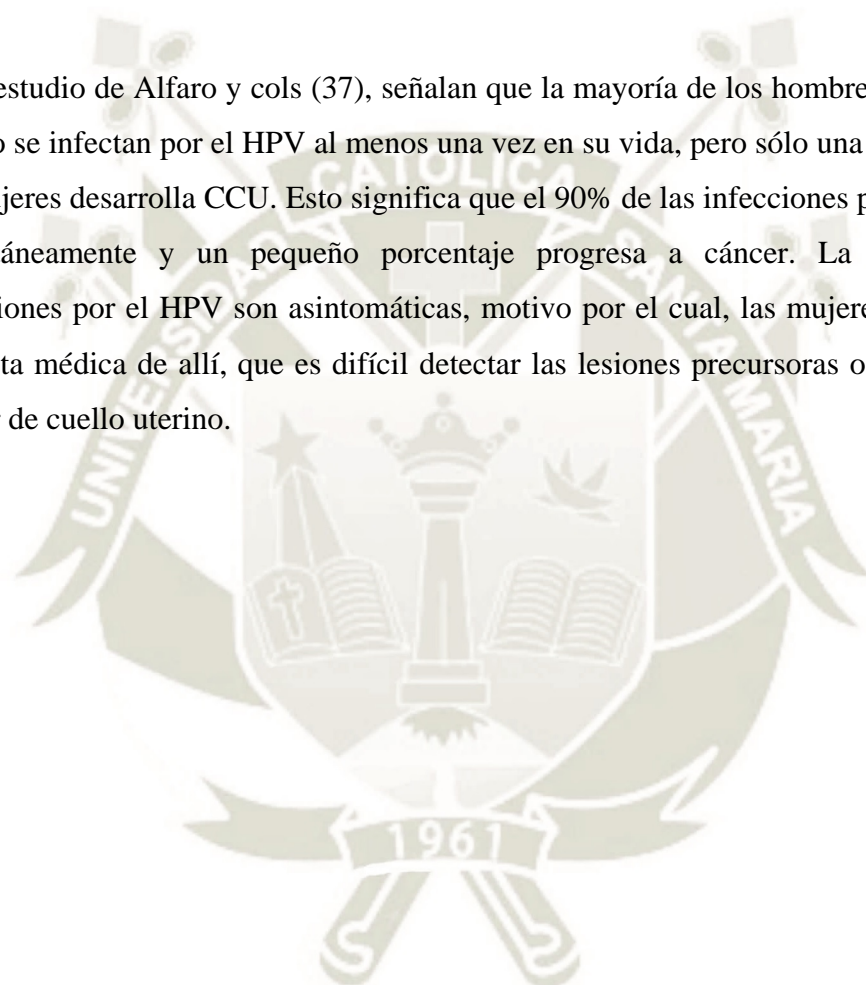


TABLA N° 7

**MUJERES ATENDIDAS SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES
SEXUALES**

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	F	%
< 15	2	1,42
15 – 20	117	82,98
21 – 25	15	10,64
26 – 30	4	2,84
31 a más	3	2,13
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que el 82,98% de mujeres iniciaron las relaciones sexuales entre los 15 y 20 años, el 10,64% entre los 21 a 25 años, y porcentajes menores lo hicieron antes de los 15 años o pasados los 26 años. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales es 18 años.

Estos resultados son similares a los del estudio de Díaz (24), quienes reportan que el 55% inicio las relaciones sexuales a los 18 años. En base a nuestros hallazgos, se puede concluir que la mayoría de mujeres inician su actividad sexual de manera precoz, y si aunado a esto, existe otra mayoría que tiene dos o más parejas sexuales, cabe suponer que presentan un alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, situación que resulta preocupante y que demuestra la necesidad de intervención por parte de los profesionales de la salud.

El estudio de Franco y cols (38), señala que el riesgo en el inicio temprano de las relaciones sexuales se debe a que en la adolescente se produce una metaplasia activa, o lo que es igual, una transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este en escamoso, incrementándose el potencial de interacción entre el carcinógeno (semen y traumas del coito) y el cuello uterino. Se considera que mientras más temprano se inicie la actividad sexual, mayores son las posibilidades de padecer el CCU debido a la mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la infección por HPV (39, 40).

TABLA N° 8

**RESPUESTAS DE LAS MUJERES A LAS PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO
RESPECTO A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA JOYA**

PREGUNTA	RESPUESTA				TOTAL	
	Correcta		Incorrecta		F	%
	F	%	F	%		
Cómo se define la Prueba de Papanicolaou	74	52,48	67	47,52	141	100
Zona del cuerpo de la que se toma la muestra	96	68,08	45	31,91	141	100
Objetivo del Papanicolaou	61	43,26	80	56,74	141	100
Inicio de la realización del Papanicolaou	72	51,06	69	48,94	141	100
Periodicidad con la que debe realizarse el Papanicolaou	64	45,39	77	54,61	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 muestra, que las preguntas en las que la mayoría de mujeres responden de manera correcta es acerca de la definición del Papanicolaou, la zona del cuerpo de la que se toma la muestra y cuando debe empezar a realizarse la prueba. Las mujeres desconocen el objetivo del Papanicolaou, puesto que la mayoría opina que es evitar enfermedades de transmisión sexual o prevenir el cáncer de útero. También desconocen la periodicidad con la que debe realizarse el Papanicolaou.

TABLA N° 9

NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA JOYA

NIVEL DE CONOCIMIENTO	F	%
Bueno	52	36,88
Regular	51	36,17
Malo	38	26,95
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla podemos observar que el 63,12% de mujeres tienen conocimiento regular y malo sobre la Prueba de Papanicolaou, el 36,88% tiene nivel de conocimiento bueno.

Estos resultados no concuerdan con el estudio de Rodríguez y cols (18), quienes reportan que el 75% tiene conocimiento adecuado sobre la utilidad del test. Por otro lado, el estudio de Guimac (21) reporta que 72,3% presenta nivel aceptable de conocimiento, a diferencia del estudio de Fera (22) quien encontró que el 70,8% presenta un nivel de conocimiento bajo sobre el cáncer de cuello uterino; de manera similar en el estudio de Bazán y Soto (23), se encontró que el 75% tenía conocimientos insuficientes. A nivel local, el estudio de Díaz (24) encontró que el conocimiento fue intermedio en el 38,8%, y el estudio de Justo (25) encontró que el nivel de conocimiento sobre el examen de Papanicolaou fue deficiente en el 55%.

Un estudio realizado por Babilonia (41), encuentra que el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino es bajo en 48,7% de mujeres y este mejora de forma mínima luego de una intervención educativa, disminuyendo a un 2,6% pero con significancia estadística, esta escasa variación se debe a características sociodemográficas principalmente.

TABLA N° 10

**ACTITUDES DE LAS MUJERES RESPECTO A LA PRUEBA DE
PAPANICOLAOU**

ITEM	RESPUESTA										TOTAL	
	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		Indecisa		De acuerdo		Muy de acuerdo			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Está dispuesta a realizarse el PAP	0	0,00	15	10,64	32	22,69	63	44,68	31	21,99	141	100
Considera importante realizarse el PAP	1	0,71	4	2,84	12	8,51	97	68,79	27	19,15	141	100
Tiene interés en realizarse el PAP	0	0,00	8	5,67	39	27,66	66	46,81	28	19,86	141	100
Realización del PAP a pesar de oposición de la pareja	2	1,42	16	11,35	24	17,02	68	48,23	31	21,98	141	100
Temor a la toma de muestra y/o resultados	4	2,84	16	11,35	14	9,93	90	63,83	17	12,06	141	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que los ítems en los que la mayoría de mujeres están en desacuerdo son: realizarse el Papanicolaou a pesar de la oposición de la pareja, temor a la toma de muestra y/o al resultado y además de estar dispuesta a realizarse el Papanicolaou. El 75,89% de mujeres señaló que tiene temor a realizarse la prueba porque teme a los resultados o a la toma de muestra.

TABLA N° 11

**ACTITUDES DE LAS MUJERES RESPECTO A LA PRUEBA DE
PAPANICOLAOU.**

ACTITUDES	F	%
Aceptación	95	67,37
Rechazo	0	0,00
Indiferencia	46	32,62
TOTAL	141	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11 nos muestra, que el 67.37% de mujeres tienen actitud indiferente hacia la Prueba de Papanicolaou, el 32,62% tiene actitud de indiferencia. Ninguna mujer presentó actitud de rechazo.

Las causas de este resultado, se explican en el hecho de que la mayoría de mujeres tiene temor a la toma de muestra, a los resultados; sin embargo se aprecia una mejor disposición e interés en realizarse la prueba, esto puede ser debido a las campañas de difusión que el Ministerio de Salud realiza a nivel del distrito de La Joya, para lograr que más mujeres se adhieran al Papanicolaou.

El estudio de Justo (25) reporta en 66,5% de actitud positiva, mientras que Díaz (24), encuentra que la actitud favorable es de 25%, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, historia inadecuada de PAP y haber tenido más de dos parejas sexuales.

Nuestros resultados no concuerdan con los hallazgos de los estudios de Feria (22) y Guimac (21) porque en ellos se encontraron actitudes deficientes. En el estudio de Babilonia (41), se encontró que las actitudes de las mujeres eran de indiferencia, aduciendo tener temor a la pareja debido a que estos prácticamente les prohibían realizarse la prueba del PAP y las mujeres para no molestar a la pareja evitan hacerse la prueba.

TABLA N° 12

**INFLUENCIA DE LOS CONOCIMIENTOS EN LAS ACTITUDES RESPECTO A
LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU**

CONOCIMIENTOS	ACTITUDES				Total	
	Aceptación		Indiferencia		F	%
	F	%	F	%		
Bueno	44	84,61	8	15,39	52	100
Regular	35	68,63	16	31,37	51	100
Malo	16	42,10	22	57,90	38	100

Fuente: Elaboración propia

$$X^2 = 11,1388 \quad P < 0,05$$

De la tabla 12 podemos concluir que las pacientes que tienen conocimiento bueno, muestran actitudes de aceptación hacia el Papanicolaou en 84,61% y 15,39% tienen indiferencia; en las pacientes con conocimiento regular, 68,63% tienen aceptación hacia la prueba y el 31,37% tienen indiferencia; mientras que en el caso de las pacientes con conocimiento malo el 57,90% tienen actitudes de indiferencia y el 42,10% de aceptación. Según la prueba de Ji cuadrado, el conocimiento influye en las actitudes hacia la Prueba del Papanicolaou, siendo las actitudes de aceptación en las mujeres con conocimiento bueno.

Al respecto, Bazán y Soto (23) han demostrado que un mayor nivel de conocimientos se asocia a una probabilidad mayor en el uso de Papanicolaou. El estudio de Feria (22) señala que existe un bajo nivel de conocimientos y una desfavorable actitud y prácticas incorrectas en relación al PAP en esta población, llamando la atención que se encuentren estos resultados a pesar que son conocidos los beneficios de realizarse el PAP, puesto ha demostrado que reduce eficazmente la morbimortalidad por cáncer de cuello uterino, pero para ello, se requiere un 100% de cobertura y aceptación por parte de la población.

Un estudio señala que relacionando el conocimiento, la actitud y la práctica sobre la prueba colpocitológica con el rango de edad, el grupo de las adolescentes fue el que más se destacó con altos porcentajes de inadecuación. Aunque el conocimiento inadecuado mostró altas tasas en todos los rangos de edad, fue significativamente superior entre las adolescentes, alcanzando aproximadamente 100% de ese grupo. También señala que los porcentajes de actitud inadecuada son inferiores a los porcentajes de conocimiento, son altos durante la adolescencia y disminuyen con el avance de la edad (42).



TABLA N° 13

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS
CONOCIMIENTOS RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU**

FACTOR	CONOCIMIENTO						X ²	P
	Bueno		Regular		Malo			
	F	%	F	%	F	%		
Edad:								
≤20	4	7,69	3	5,88	2	5,26	2,2895	>0,05
21 – 30	23	44,23	18	35,29	11	28,95		
31 – 40	16	30,77	20	39,21	11	28,95		
41 - 50	7	13,46	9	17,65	13	34,21		
51 - 60	2	3,85	1	1,97	1	2,63		
Nivel de instrucción:							6,8970	<0,05
Primaria	2	3,85	10	19,61	13	34,21		
Secundaria	28	53,85	28	54,90	21	55,26		
Técnico	13	25,00	11	21,57	4	10,53		
Superior	9	17,31	2	3,92	0	0,00		
Ocupación:							3,0293	>0,05
Estudiante	1	1,92	1	1,96	0	0,00		
Empleada	16	30,77	3	5,88	0	0,00		
Obrera	9	17,31	4	7,84	5	13,16		
Agricultora	7	13,46	9	17,66	8	21,05		
Comerciante	4	7,69	3	5,88	4	10,53		
Independiente	5	9,61	2	3,92	6	15,79		
Ama de casa	8	15,38	28	54,90	13	34,21		
No trabaja	2	3,86	1	1,96	3	7,89		
Procedencia:							7,9906	< 0,05
La Joya	12	23,08	32	62,74	22	57,89		
Arequipa	19	36,54	4	7,84	2	5,26		
Otras	21	40,38	15	29,42	14	36,85		
Situación conyugal:							2,9360	>0,05
Con pareja estable	41	78,85	27	52,94	21	55,26		
Sin pareja actual	11	21,15	23	45,10	17	44,74		
Parejas eventuales	0	0,00	1	1,96	0	0,00		
Número de parejas sexuales:							56,3097	<0,05
1	24	46,15	20	39,21	5	13,16		
2 - 5	28	53,85	31	60,79	33	86,84		
Edad de inicio de relaciones sexuales:							0,8607	>0,05
<15	0	0,00	1	1,96	1	2,63		
15 a más	52	100,00	50	98,04	37	97,37		

Fuente: Elaboración propia

La tabla 13 nos muestra, que las características sociodemograficas que influyen en el conocimiento de las mujeres sobre la Prueba del Papanicolaou son el nivel de instrucción;

siendo el conocimiento malo en las mujeres con instrucción primaria y secundaria y el conocimiento bueno en mujeres con instrucción técnica o superior.

La procedencia también influye en el conocimiento sobre la Prueba del Papanicolaou, mostrando mejor conocimiento, las mujeres que proceden de Arequipa y otras ciudades, mientras que la mayoría de mujeres de La Joya presentan conocimiento regular y malo.

El número de parejas sexuales, influye de forma estadísticamente significativa en el conocimiento sobre la Prueba de Papanicolaou, siendo éste regular y malo en las mujeres que tienen de 2 a 5 parejas sexuales y bueno en las mujeres que tienen una pareja.

La edad, ocupación, situación conyugal y la edad de inicio de relaciones sexuales, no influyen en el conocimiento de las mujeres sobre la Prueba de Papanicolaou.

Martínez (27) señala que existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas, además se halló asociación estadísticamente significativa entre actitudes y grado de instrucción, evidenciando que las mujeres con actitud desfavorable en relación al PAP, tuvieron 5,6 veces mayor probabilidad de no tener estudios superiores. El principal motivo por el cual las mujeres no se han realizado o no se han vuelto a realizar el examen fue falta de tiempo en su mayoría (15,5%) de las mujeres, en otras poblaciones hallaron como principal causa la preferencia de que el médico fuera mujer en primer lugar y la falta de tiempo en segundo lugar. En el estudio de Oliva (28) se encontró que las mujeres mayores de 15 años presentan un nivel de conocimiento alto, una actitud favorable y una práctica adecuada frente al examen del Papanicolaou; además se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable; entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada y relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, así como entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada frente al examen de Papanicolaou.

Una investigación con 223 adolescentes de 14 a 19 años reveló que, entre aquellas que ya habían empezado la vida sexual, 45,8% no tenía conocimiento adecuado sobre la prueba preventiva. Además, 52,5% no demostró informaciones sobre la infección por el HPV y sus posibles consecuencias, sobre todo con relación a su potencial oncogénico. Durante la adolescencia, hay mayor probabilidad de que esa infección se pueda volver un proceso crónico, lo que implicaría un riesgo mayor de desarrollo de cáncer cervical (43).

En el estudio de Pinho y cols (42), señalan que otro hallazgo importante en esta investigación fue el Inicio de la Vida Sexual (IVS), alrededor de la edad de 16 años, lo que confirma la tendencia de que las mujeres se están exponiendo cada vez más temprano a las enfermedades sexualmente transmisibles. El HPV es señalado como factor principal de la oncogénesis del CCU. Sin embargo, varios factores de riesgo pueden estar asociados a esa neoplasia, influyendo en el regreso o la persistencia de ese virus, como: iniciación sexual precoz, multiplicidad de parejas sexuales, multiparidad, uso de contraceptivos orales, tabaquismo, inmunosupresión, higiene íntima inadecuada y baja condición socioeconómica.

El estudio de Pinho y cols (42), refiere que en relación al estado conyugal (unión estable), fue observada mayor estabilidad entre la población joven (75,5% del grupo), mostrando que las mujeres situadas en los extremos de las edades (adolescentes y ancianas) se vuelven más vulnerables al HPV. Eso ocurre porque, cuanto más precoz el inicio de la actividad sexual (adolescente), mayores son las oportunidades de tener múltiples parejas, aumentando la vulnerabilidad de ese grupo. Por otra parte, el curso natural de la enfermedad permite un largo intervalo entre la infección por el HPV y la manifestación del CCU, lo que explica la alta incidencia entre las ancianas. La multiplicidad de parejas expone más a las mujeres a la infección por el HPV en comparación con mujeres con una única pareja en un período superior a un año, representando factor de riesgo para el HPV.

TABLA N° 14

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS
ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU**

FACTOR	Aceptación		Indiferencia		X ²	P
	F	%	F	%		
Edad:						
≤20	5	5,26	4	8,69	0,8100	>0,05
21 – 30	39	41,05	13	28,26		
31 – 40	29	30,53	18	39,13		
41 - 50	20	21,06	9	19,57		
51 – 60	2	2,10	2	4,35		
Nivel de instrucción:						
Primaria	12	12,63	13	28,26	5,1361	<0,05
Secundaria	51	53,68	26	56,53		
Técnico	22	23,16	6	13,04		
Superior	10	10,53	1	2,17		
Ocupación:						
Estudiante	2	2,10	0	0,00	0,0475	>0,05
Empleada	13	13,68	5	10,87		
Obrera	10	10,53	8	17,39		
Agricultora	11	11,58	13	28,26		
Comerciante	10	10,53	1	2,17		
Independiente	12	12,63	1	2,17		
Ama de casa	33	34,74	16	34,79		
No trabaja	4	4,21	2	4,35		
Procedencia:						
La Joya	47	49,47	19	41,30	8,2348	< 0,05
Arequipa	13	13,68	3	6,52		
Otras	35	36,84	24	52,18		
Situación conyugal:						
Con pareja estable	54	56,85	34	73,91	3,8500	>0,05
Sin pareja actual	40	42,10	11	23,92		
Parejas eventuales	1	1,05	1	2,17		
Número de parejas sexuales:						
1	35	36,84	14	30,43	0,5611	>0,05
2 - 5	60	63,16	32	69,57		
Edad de inicio de relaciones sexuales:						
<15	1	1,05	1	2,17	0,2787	>0,05
15 a más	94	98,95	45	97,83		

Fuente: Elaboración propia

La Última tabla concluye que las características sociodemográficas que influyen en la actitud de las mujeres sobre la Prueba del Papanicolaou son el nivel de instrucción, siendo

la actitud de mayor aceptación en las mujeres con instrucción superior y la de mayor indiferencia en mujeres con instrucción primaria.

La procedencia también influye en las actitudes sobre la Prueba del Papanicolaou, mostrando mejor actitud, las mujeres que proceden de Arequipa y de La Joya, mientras que la mayoría de mujeres de las otras ciudades presentan el mayor porcentaje de actitud de indiferencia.

La edad, ocupación, situación conyugal, número de parejas sexuales y la edad de inicio de las relaciones sexuales, no influyen en las actitudes que las mujeres tienen hacia la prueba de Papanicolaou.

En el estudio de Cabrera y cols (29), se encontró que existe asociación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las mujeres, sin embargo, refieren que ambos están muy influidos por el perfil sexual de las mujeres, el número de parejas sexuales y el número de hijos son los elementos motivadores que las mujeres valoran más para realizarse la prueba de citología cervical. De manera similar en el estudio de Basu y cols (30), encontraron una estrecha relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres para someterse a pruebas de detección precoz del cáncer cervical, el nivel de instrucción es un factor muy asociado a estos resultados.

Finalmente se puede comentar que la Organización Mundial de la Salud (16), señala entre sus directivas, la importancia de que los países realicen importantes esfuerzos y campañas educativas y de difusión a la población, para hacer que las mujeres pierdan el temor a realizarse la prueba, debido a una serie de mitos, creencias erróneas, que muchas veces suelen manifestarse. Por ello, es imprescindible la educación en salud, porque permite la transmisión de mensajes e información general actualizada que permite mejorar los conocimientos y las actitudes de las personas y de la comunidad.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Las características sociodemográficas que predominan en las mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, son: la edad promedio de 33,60 años, más de la mitad de las mujeres tienen instrucción secundaria y técnica; las ocupaciones más frecuentes son amas de casa y agricultoras; la mayoría de mujeres proceden de La Joya o de Puno; el 63,12% tiene pareja estable; el 65,25% de mujeres tienen más de una parejas sexual; la edad de inicio de relaciones sexuales es entre 15 a 20 años (82,98%) con un promedio de 18 años.

SEGUNDA

El nivel de conocimiento respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, es bueno en 36,88% y regular en 36,17%.

TERCERA

La actitud respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, es de aceptación en 67,37%, sin embargo, la tercera parte de la muestra, presenta actitud de indiferencia (32,62%).

CUARTA

El nivel de conocimiento influye en las actitudes hacia la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, siendo las actitudes de aceptación de 84.61% y 15.39% de indiferencia, en las mujeres con conocimiento bueno.

QUINTA

Las características sociodemográficas como el nivel de instrucción primaria y secundaria, la procedencia de La Joya y el número de parejas sexuales de 2 a 5 influyen de manera estadísticamente significativa en que las mujeres presenten mal nivel de conocimiento.

SEXTA

Las características sociodemográficas que influyen de forma significativa en las actitudes de indiferencia de las mujeres respecto a la Prueba del Papanicolaou son el nivel de instrucción primaria y secundaria y la procedencia de otras ciudades y de La Joya ($p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Al Director del Centro de Salud de La Joya, se sugiere que en base a los resultados obtenidos en este estudio, busque en trabajo conjunto del equipo multidisciplinario la posibilidad de realizar estrategias que permitan aumentar el conocimiento y mejorar las actitudes de las mujeres hacia la Prueba del Papanicolaou.

SEGUNDA

A todo el personal de salud del Centro de Salud La Joya, se sugiere que continúe realizando educación para la salud, ampliando las estrategias de difusión masiva a la comunidad, haciendo énfasis en la importancia de la detección precoz del cáncer de cuello uterino mediante la realización periódica y oportuna del Papanicolaou.

TERCERA

El Director y todo el personal de salud del Centro de Salud de La Joya , deberá buscar el apoyo y la integración de las diferentes instituciones y organizaciones del distrito, para organizar campañas, sesiones educativas, charlas, elaboración de afiches, cartillas educativas, etc. en las cuales se difundan conocimientos sobre el Cáncer de cuello uterino, importancia del Papanicolaou; así como también se ayude a las mujeres a vencer sus miedos frente a la prueba, logrando así mejorar la actitud frente a dicha prueba.

CUARTO

Se recomienda trabajar con la población adolescente y joven, brindando charlas educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva incentivando el retraso del inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos en las personas con vida sexual activa y la importancia de la realización del Papanicolaou.

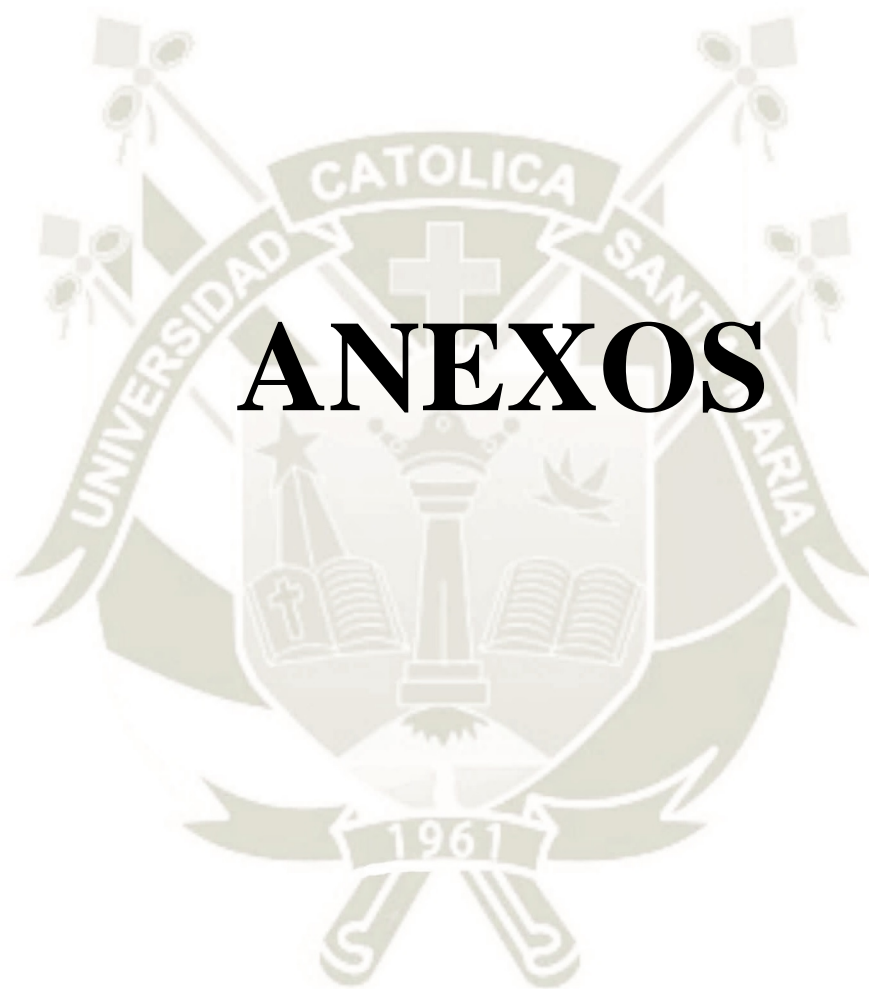
BIBLIOGRAFÍA

1. International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2016. World Health Organization. 2016. 1-632 p. Disponible en: <http://www.videnza.org/>.
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas sobre el cáncer. Lima, 2017.
3. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2 ed. World Health Organization. Ginebra. 2014.
4. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2013.
5. Solidoro, A., Olivares, L., Castellano, C., Barriga, O., Galdós, R., Cáceres Graziani, E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. Diagnóstico. 2014; 23(2): 18 – 24.
6. Informe N°027-2016 de la Dirección General de Epidemiología del MINSA. Lima, 2016.
7. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer. – Lima. 2017.
8. Liga Contra el Cáncer. Datos estadísticos sobre el cáncer de cuello uterino. Arequipa 2017.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Datos Estadísticos Censo Población 2017. Lima. Obtenido de: www.inei.gov.pe.
10. Santa Cruz, J. El sistema del conocimiento social: personas, presente y moral. España: Escolar y Mayo Editores. 2016.
11. Potter, P., Stockert. H. Fundamentos de Enfermería. 8ava edición. España: Elsevier. 2014.
12. Serva, B. Nivel de conocimiento y actitudes del tamizaje del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años. Lima, 2016. Obtenido de: repositorio.upecen.edu.pe
13. Salazar, S. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016. Tesis

- para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2016.
14. Gutiérrez, C., Romaní, F., Ramos, J., Alarcón, E., Wong, P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev. perú. epidemiol.2010; (Online);14(1).
 15. Erazo, J. Manual de Patología Cervical. 3ra ed. Universidad del Cauca, Colombia, 2016.
 16. Organización Mundial de la Salud. Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino, Guía de prácticas esenciales 2016. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth>.
 17. American Society Colposcopy and Cervical Pathology. 2017. Disponible en www.asccp.org
 18. Rodríguez, G. y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. Rev. Méd. Urug. 2015; vol.31 no.4. Montevideo.
 19. Campiño, S. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología vaginal en estudiantes universitarias. Revista Cubana de enfermería. 2017; 33 (3): 1 – 8. Colombia.
 20. Velásquez, G. Actitudes en torno a la prueba de detección temprana del cáncer cérvico-uterino Revista Salud Publica. Mex. 2017; 36 (1): 123 – 129. México.
 21. Guimac, Y. Conocimientos y actitudes sobre el examen de Papanicolaou en usuarias del Centro de Salud Sangarará, 2018. Tesis presentada a la Universidad César Vallejo para optar el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud. Lima, 2018.
 22. Feria, M.A. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino en pacientes de consultorios externos del servicio de ginecoobstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de octubre a diciembre del 2017. Obtenido de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/>. Lima, 2018.
 23. Bazàn, C., Soto, V. Conocimiento y prácticas relacionados con la prevención y diagnóstico del cáncer de cuello uterino, en usuarias con seguro integral de salud de consultorio externo del Hospital Santa María De Cutervo. Revista Española de Medicina. 2018; 4(1), 05-09.

24. Díaz, M. Factores asociados a los conocimientos, actitudes y prácticas del examen citológico cérvico - uterino, en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Arequipa, 2014.
25. Justo, Y. Conocimiento y actitudes sobre el examen de Papanicolaou en Mujeres en edad fértil, sexualmente activas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2015. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Arequipa, 2015.
26. Gutiérrez, C., Romaní, F., Ramos, J., Alarcón, E., Wong, P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev. Perú. epidemiológica. (Online). 2010;14(1).
27. Martínez, M., Vásquez, S. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural. Tesis presentada a la Universidad Veracruzana para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. México, 2010.
28. Oliva, C. Nivel de conocimiento, actitud y práctica en la realización del examen de Papanicolaou en mujeres mayores de 15 años que asistieron al consultorio externo de ginecología del Hospital San José en los meses de julio y agosto del 2015. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima, 2016.
29. Cabrera, D., Palacios, R., Guzmán, J. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. Rev. Med Inst. Mex Seguro Soc. 2014; 52(2):168-75.
30. Basu, P., Hassan, S., Fileeshia, F., Mohamed, S., Nahoodha, A., Shiuna, A., et al. Knowledge, attitude and practices of women in Maldives related to the risk factors, prevention and early detection of cervical cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(16):6691-5.
31. Iwasaki, R., Galvez-Philpott, F., Arias, J. Jr, Arias-Stella J. Prevalence of high-risk human papillomavirus by Cobas 4800 HPV test in urban Peru. Braz J Infect Dis. 2014; 18(5):469-72.

32. Control Integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2ed. Washington, DC: OPS, 2016.
33. HPV information centre [Internet]. Estados Unidos; 2015 [actualizada abril 2015; citado 01 enero 2016]. Disponible en: <http://www.hpvcentre.net/hpvatglance.php>
34. Pari N, Quichiz M, Torres S. Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre el virus papiloma humano en madres de niñas del 5° y 6° grado de primaria en una I.E. estatal en 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2017.
35. Armijo R. Epidemiología del cáncer. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Inter Médica. 2012.
36. Galán Rodas E, Díaz Vélez C, Rodas JL. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino. Una problemática emergente. Rev Cuerpo Med. HNAAA. 2013[citado 5 jun 2014]; 6(2):52-54.
37. Alfaro CA, Fournier PM. Ginecología. Virus del Papiloma Humano. Rev Méd Costa Rica Centrao 2013. [Citado 5 jun 2014]; LXX (606)211-217.
38. Franco O, Valladares J, Pérez G. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 11 abr 2012]; 37(2):193-203.
39. Martínez A, Díaz I, Carr A, Varona JA, Borrego JA, De la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvicouterino en mujeres menores de 30 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014; 36(1):52-65
40. García T, Loreto Á, Rubio MP, Rubio M, Pérez M. Patología de cuello uterino en adolescentes con vida sexual activa. Arch Venezolanos Puericul Pediátr. 2014; 68(3):106-112.
41. Babilonia A. Efecto de una intervención educativa sobre la vacuna VPH en el conocimiento de las madres del asentamiento humano Apoblalpil Masusa Punchana 2016. Iquitos, Perú: Universidad Privada de la Selva Peruana, Facultad de Enfermería; 2017.
42. Pinho, N. et al. Conocimiento, actitud y práctica sobre la prueba colpocitológica y su relación con la edad femenina. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2699.
43. Arruda FS, Oliveira FM, Lima RE, Peres AL. Conhecimento e prática na realização do exame de Papanicolau e infecção por HPV em adolescentes de escola pública. Rev Para Med. 2013;27(4):59-66



ANEXOS

ANEXO 1

CÉDULA DE ENTREVISTA

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad.....
2. Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Técnico
() Superior
3. Ocupación: () Estudiante () Empleada () Obrera () Agricultora
() Comerciante () Independiente () Ama de casa () No trabaja
4. Procedencia: () Islay () Camaná () Castilla () Condesuyos () Puno
() Cusco Otras.....
5. Situación conyugal: () Con pareja estable () Sin pareja () Parejas eventuales.
6. Número de parejas sexuales:.....
7. Edad de inicio de relaciones sexuales.....

II. CONOCIMIENTO SOBRE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

A continuación le solicitó se sirva responder las siguientes preguntas de acuerdo a lo que usted considera correcto.

8. ¿Cómo se define la Prueba de Papanicolaou?
 - a. Estudio para detectar células anormales en el cuello uterino.
 - b. Estudio que consiste en la toma de muestra para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina.
 - c. Estudio de radiografía que sirve para detectar células normales y anormales en el cuello del útero.

9. ¿Cuál es la zona del cuerpo de donde se toma la muestra para realizar el Papanicolaou?
 - a. Faringe
 - b. Mucosa de la boca
 - c. Células del cuello del útero
 - d. Tejido de la vagina

10. ¿Cuál es el objetivo de la Prueba de Papanicolaou?
 - a. Prevenir el cáncer del útero.
 - b. Detectar precozmente el cáncer del cuello uterino.
 - c. Evitar enfermedades de transmisión sexual.
 - d. Detectar precozmente el cáncer de mama.

11. ¿Desde cuándo cree usted que debe empezar a realizarse la Prueba de Papanicolaou?
 - a. Después del primer embarazo.
 - b. A partir de los 30 años.
 - c. Desde el momento en que empieza a tener relaciones sexuales.
 - d. Desde la menopausia.
 - e. Desde el momento que presenta síntomas como dolor, sangrado, descenso de mal olor.

12. ¿Con qué periodicidad (frecuencia) debe realizarse la Prueba de Papanicolaou?

- a. Anualmente
- b. Cada dos años
- c. Cada tres años
- d. Cuando presenta síntomas como dolor, sangrado, descenso de mal olor.
- e. No sabe.

III. ACTITUDES RESPECTO A LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

A cada una de las preguntas, marque con una “X” la respuesta con la que se identifique.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indecisa	De acuerdo	Muy de acuerdo
13. Está usted dispuesta a realizarse el Papanicolaou.					
14. Considera importante realizarse el Papanicolaou periódicamente.					
15. Tiene usted interés en realizarse el Papanicolaou					
16. A pesar de que su pareja le diga que no se haga el Papanicolaou, ¿estaría dispuesta a hacérselo?					
17. ¿El temor a los resultados del Papanicolaou influyen en usted para no realizarse la prueba?					

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, yo.....

Con DNI, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la investigación titulada: **Factores sociodemográficos que influyen en los conocimientos y actitudes respecto a la realización de la Prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud La Joya, Arequipa, 2014.** De antemano me ha aclarado la investigadora que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

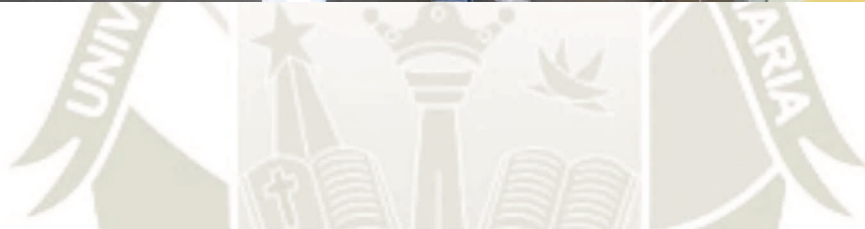
Mi participación consiste en responder un cuestionario cuyos datos proporcionados por mí serán totalmente confidenciales y sólo empleados para fines de investigación.


La Joya, setiembre 2014.

Firma
DNI









ANEXO 4
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

NUMERO	EDAD	INSTRUCCION	OCUPACION	PROCEDENCIA	SIT. CONYUGAL	N° DE PAREJAS	EIRS	8	9	10	11	12	PUNTAJE	13	14	15	16	17	PUNTAJE
1	26	3	5	6	1	1	20	2	2	0	2	2	8	4	4	4	4	5	21
2	37	2	6	6	1	2	15	2	2	2	0	2	8	4	5	5	4	4	22
3	22	3	7	6	1	1	16	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	4	24
4	25	4	7	5	1	2	19	2	2	2	2	2	10	4	4	4	4	4	20
5	39	5	2	7	1	1	22	0	2	2	2	2	8	5	5	5	5	4	24
6	27	4	7	6	1	1	17	2	2	0	0	0	4	5	5	5	5	3	24
7	29	4	2	8	2	1	26	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	4	23
8	25	3	7	9	1	2	19	2	2	2	2	2	10	4	4	4	4	4	20
9	34	3	7	8	1	2	17	2	0	2	2	2	8	4	4	4	4	4	20
10	35	3	5	8	1	1	19	0	0	2	2	2	6	5	5	4	5	4	23
11	20	2	2	5	2	1	19	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	4	18
12	21	4	6	8	1	2	20	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
13	31	3	3	6	1	1	31	2	2	0	0	2	6	3	4	4	3	3	17
14	34	5	8	8	1	1	24	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
15	28	4	8	8	1	1	21	2	2	2	2	2	10	2	5	5	5	5	22
16	36	3	3	6	1	1	28	0	2	0	2	2	6	4	4	3	3	3	17
17	18	3	7	8	1	1	18	2	2	2	2	2	10	3	4	4	4	3	18
18	21	3	3	5	1	1	19	2	2	2	2	2	10	3	4	4	4	3	18
19	42	3	5	5	1	2	30	0	2	2	0	2	6	4	4	4	4	5	21
20	27	3	7	8	1	2	22	2	2	2	0	2	8	5	5	5	5	5	25
21	35	5	6	2	1	2	20	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
22	18	3	1	8	1	2	15	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
23	24	5	6	8	1	1	18	2	2	2	2	2	10	4	4	4	3	4	19
24	32	3	6	8	1	1	20	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
25	20	2	3	8	1	2	15	2	0	0	0	2	4	3	4	3	4	3	17
26	47	3	7	8	1	2	34	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
27	34	3	7	6	1	3	17	2	0	0	2	2	6	4	4	4	4	4	20
28	34	3	7	5	1	1	17	0	2	0	2	2	6	3	4	3	3	4	17
29	36	3	3	3	2	1	18	2	2	0	2	2	8	5	0	4	5	5	19
30	30	3	7	6	1	2	21	2	2	0	0	2	6	4	4	4	4	3	19
31	31	3	4	1	1	2	20	0	2	0	0	0	2	4	2	5	1	5	17

32	28	4	2	6	1	2	15	2	2	2	2	0	8	4	2	4	4	3	17
33	25	3	7	6	1	2	15	2	0	2	2	2	8	4	4	4	4	5	21
34	19	4	7	6	1	1	15	0	0	0	0	2	2	4	4	4	4	1	16
35	27	3	7	6	2	3	14	2	0	0	0	0	2	4	4	4	4	4	20
36	38	2	4	5	1	2	15	0	0	0	0	0	0	3	4	3	3	4	19
37	50	3	4	5	2	3	17	0	0	0	0	0	0	3	4	3	2	4	18
38	30	4	7	6	1	2	15	2	0	2	0	2	6	4	4	4	4	4	22
39	31	4	7	5	1	1	23	0	2	0	0	2	4	4	4	4	4	3	19
40	22	3	7	6	1	4	16	0	0	2	2	2	6	4	4	4	4	4	20
41	47	2	2	6	2	2	17	0	2	0	0	0	2	5	2	5	4	2	20
42	21	3	7	6	1	1	18	2	2	2	0	2	8	4	3	4	3	2	18
43	39	3	7	6	1	1	19	2	2	0	0	2	6	5	2	5	5	3	22
44	26	5	6	6	2	1	23	0	2	0	2	2	6	4	4	4	4	4	24
45	44	2	3	6	2	1	18	0	0	0	0	2	2	5	5	5	3	3	22
46	28	2	3	6	1	2	15	0	0	0	2	2	4	4	4	4	4	2	22
47	27	3	7	6	1	2	15	0	0	0	0	0	0	5	3	3	3	4	19
48	31	4	6	6	2	1	29	0	2	0	2	2	6	4	4	4	4	4	24
49	31	5	2	8	1	2	16	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	5	25
50	23	2	3	5	1	1	15	0	0	0	2	2	4	4	4	4	2	2	16
51	30	3	4	5	2	1	16	0	0	0	2	2	4	4	4	4	4	4	24
52	37	2	3	6	2	3	14	0	2	2	0	2	6	4	4	4	2	1	15
53	28	4	6	6	1	1	17	2	2	0	2	2	8	5	5	5	5	4	25
54	30	2	7	6	1	3	19	0	0	0	0	0	0	3	4	3	3	4	19
55	27	4	6	6	2	3	17	0	2	0	2	2	6	4	4	4	4	4	24
56	20	3	1	6	1	1	18	0	2	0	2	0	4	5	5	5	5	5	25
57	47	3	6	10	2	4	17	0	2	2	2	2	8	4	4	4	4	4	22
58	26	4	2	6	2	2	19	0	2	2	0	2	6	4	4	4	5	4	24
59	34	3	7	6	1	2	22	0	2	0	0	0	2	3	4	3	4	4	20
60	32	2	7	6	2	2	18	0	2	2	2	0	6	3	4	3	4	4	20
61	26	4	8	6	2	1	20	2	0	0	0	0	2	2	4	3	4	4	20
62	33	3	7	5	1	3	17	0	0	0	0	0	0	2	3	2	2	4	15
63	29	3	4	10	2	4	17	0	2	0	0	0	2	4	4	4	2	4	20
64	33	3	4	5	1	5	15	0	0	0	0	0	0	3	4	3	3	4	19

65	49	3	4	5	2	5	16	0	0	2	0	0	2	3	4	3	4	4	20
66	32	3	7	5	1	4	17	0	0	0	0	0	0	3	4	4	4	4	21
67	52	3	7	10	1	5	15	2	2	0	0	2	6	3	4	4	4	4	22
68	28	3	7	6	2	4	15	2	0	0	0	0	2	3	4	3	4	4	20
69	38	5	2	6	1	3	18	2	2	2	2	2	10	4	4	4	5	4	25
70	25	4	2	6	2	3	15	2	2	2	2	2	10	4	4	4	5	4	25
71	56	3	7	6	2	3	17	2	2	0	2	2	8	4	4	3	4	4	23
72	27	3	7	5	1	3	17	0	0	0	0	0	0	4	4	2	2	2	17
73	50	2	4	5	1	5	16	0	0	0	0	0	0	2	3	3	3	2	15
74	36	3	6	5	2	3	16	2	0	0	2	0	4	4	4	4	2	4	21
75	35	3	3	10	1	3	15	0	2	2	2	2	8	4	4	4	2	5	22
76	22	3	6	5	1	1	19	2	0	0	0	2	4	4	4	4	4	2	20
77	44	3	7	6	1	1	33	2	2	2	2	2	10	5	4	4	4	4	25
78	35	4	5	6	2	3	16	2	2	0	0	2	6	4	4	4	2	4	20
79	28	2	2	10	2	2	18	0	2	0	2	2	6	4	4	4	2	4	21
80	40	2	4	5	1	3	16	0	2	0	0	0	2	2	4	3	4	3	18
81	29	3	4	6	2	1	16	2	2	2	2	2	10	4	4	4	4	4	23
82	37	3	7	5	2	1	20	0	2	0	2	2	6	4	4	4	4	2	20
83	24	2	7	6	2	1	22	2	0	0	2	0	4	4	4	4	4	2	20
84	28	4	3	6	1	1	15	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	4	25
85	30	5	7	11	2	2	20	2	2	2	2	0	4	4	4	4	4	4	24
86	18	4	4	6	2	1	17	2	2	0	2	2	8	4	4	4	4	4	22
87	31	3	4	6	2	3	19	2	2	2	0	0	6	2	3	2	3	4	16
88	39	3	5	6	2	3	17	2	2	2	0	0	6	2	4	3	4	4	19
89	23	4	8	6	2	2	20	2	2	0	2	2	8	5	4	5	4	4	24
90	45	3	4	10	1	2	20	0	2	2	0	0	4	3	4	3	3	2	17
91	48	3	7	10	1	3	17	0	2	0	0	2	4	4	4	4	4	2	20
92	26	3	5	1	1	1	19	2	2	0	0	2	6	4	4	4	4	2	20
93	34	3	5	6	1	2	21	2	2	0	0	2	6	3	4	3	4	4	20
94	30	3	7	6	1	2	17	0	0	2	0	0	2	3	4	3	2	4	18
95	43	3	7	6	1	3	20	0	2	0	0	2	4	2	3	2	3	4	16
96	32	3	3	6	1	3	17	2	2	2	0	0	6	3	4	3	3	4	19
97	43	2	7	3	1	3	18	2	0	0	0	0	2	2	4	3	3	4	19

98	36	4	2	3	2	4	17	2	2	0	0	0	4	3	4	3	3	4	16
99	37	3	5	5	1	3	19	2	2	2	2	2	10	4	4	4	5	4	24
100	33	3	7	10	1	4	17	0	2	2	0	0	4	2	3	2	3	4	16
101	53	5	2	2	1	1	25	2	2	2	2	2	10	4	4	4	4	3	24
102	35	5	7	8	2	2	15	2	2	0	2	2	8	4	4	4	5	4	23
103	50	2	7	5	1	3	19	0	0	0	0	0	0	2	4	3	3	4	18
104	34	3	4	5	2	4	15	0	2	0	0	0	2	2	3	2	2	4	15
105	28	3	2	10	3	4	16	0	0	2	0	0	2	3	4	3	4	4	20
106	49	2	4	5	2	4	16	0	0	0	0	0	0	2	3	2	3	3	15
107	40	4	7	5	1	5	15	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	4	20
108	25	3	8	6	1	2	20	0	0	0	0	0	0	2	3	3	2	4	16
109	23	3	8	6	2	1	20	2	2	0	0	0	4	2	3	2	3	4	16
110	30	3	4	6	2	1	19	2	2	2	2	2	10	4	4	4	4	4	24
111	61	2	4	5	1	5	15	0	0	2	2	0	2	3	4	3	3	2	17
112	47	3	3	6	1	3	17	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	4	20
113	50	2	4	5	1	4	16	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	4	18
114	24	3	3	5	1	2	18	0	0	2	0	0	2	3	4	3	4	4	20
115	46	3	3	5	1	2	20	2	0	2	0	0	4	4	4	3	4	4	23
116	20	3	7	6	2	1	17	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	4	25
117	47	2	3	3	2	1	16	0	2	0	2	0	4	4	4	4	4	4	23
118	50	3	7	5	1	3	17	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	4	22
119	50	2	4	10	1	2	18	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	4	20
120	50	4	2	6	1	2	20	2	2	0	0	2	6	4	4	4	4	4	22
121	50	3	4	6	2	3	19	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	4	20
122	26	4	2	6	1	3	19	2	2	2	2	0	8	4	5	4	1	4	18
123	47	4	6	6	1	2	19	2	2	2	0	2	8	4	5	4	5	4	25
124	27	4	7	6	1	1	22	2	2	0	2	2	8	5	4	4	4	2	23
125	43	2	4	10	2	2	16	2	2	0	2	0	6	4	4	4	4	4	23
126	26	4	7	6	1	1	18	0	2	0	0	2	4	4	4	4	4	4	24
127	32	4	2	6	1	3	20	2	2	2	2	0	8	4	4	3	3	2	18
128	30	4	4	6	1	3	17	0	2	0	2	0	4	3	4	3	4	4	22
129	46	3	4	5	1	2	19	0	0	0	0	0	0	3	4	3	4	2	18
130	47	3	2	6	2	3	18	0	2	0	2	2	6	4	4	4	2	4	20

131	37	3	7	9	2	1	16	2	2	2	2	2	10	4	4	4	4	4	20
132	32	2	7	5	2	2	15	0	2	0	2	2	6	5	5	5	5	4	27
133	25	3	4	6	2	2	15	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	4	25
134	31	3	3	6	2	2	18	2	2	2	2	0	8	4	4	4	2	4	22
135	35	5	2	8	2	1	19	0	2	2	2	2	8	5	5	5	5	4	25
136	22	3	7	10	1	2	15	0	2	2	2	2	8	4	4	4	4	4	23
137	35	3	5	10	1	2	15	2	2	2	2	2	10	5	5	5	5	1	22
138	42	3	5	5	2	2	15	2	2	0	2	2	8	5	5	5	5	4	25
139	19	3	3	12	2	1	17	0	2	0	2	2	6	4	4	4	4	4	22
140	41	3	5	6	1	1	22	2	2	0	2	2	8	5	4	4	2	5	22
141	34	3	7	6	2	1	24	0	2	0	0	0	2	4	4	4	4	1	18