

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACION**

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA TOMA DE CITOLOGÍA  
EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR  
ESPECIALIZADA CIUDAD BARRIOS, INTERMEDIA CHAPELTIQUE Y BÁSICA EL  
TECOMATAL, SAN MIGUEL AÑO 2019

**PRESENTADO POR:**

FRANCISCO JAVIER MARTÍNEZ LOVO  
WILMER JOSUÉ PARADA MACHADO  
HÉCTOR ABEL VELÁSQUEZ ORELLANA

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:**

DOCTOR EN MEDICINA

**DOCENTE ASESOR:**

DOCTORA XENIA AIMEÉ GARCÍA MARTÍNEZ

**DICIEMBRE DE 2019**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**  
**RECTOR**

**DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ**  
**VICERRECTOR ACADEMICO**

**INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA**  
**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**INGENIERO FRANCISCO ALARCÓN**  
**SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN**  
**FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
AUTORIDADES**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ  
DECANO**

**LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS  
VICEDECANO**

**LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA  
SECRETARIO INTERINO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
AUTORIDADES**

**MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES  
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
COORDINADORA DE PROCESOS DE GRADUACION DE DOCTORADO EN  
MEDICINA**

**ASESORES**

**DOCTORA XENIA AIMEÉ GARCÍA MARTÍNEZ**  
**DOCENTE ASESORA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**  
**ASESORA DE METODOLOGIA**

**MSC. TOBIAS HUMBERTO MARTÍNEZ LOVO**  
**ASESOR DE ESTADISTICA**

**JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA XENIA AIMEÉ GARCÍA MARTÍNEZ  
DOCENTE ASESORA**

**DOCTOR MARIO ARTURO CASTRO MELGAR  
JURADO CALIFICADOR**

**DOCTOR RENE ATILIO VELÁSQUEZ GIRÓN  
JURADO CALIFICADOR**

Francisco Javier Martínez Lovo

Carnet N°: ML12013

Wilmer Josué Parada Machado

Carnet N°: PM11026

Héctor Abel Velásquez Orellana

Carnet N°: VO12006

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA TOMA DE CITOLOGÍA EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA CIUDAD BARRIOS, INTERMEDIA CHAPELTIQUE Y BÁSICA EL TECOMATAL, SAN MIGUEL AÑO 2019**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para optar al grado académico de

Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador.

Dra. Xenia Aimeé García Martínez

Dr. Mario Arturo Castro Melgar

Docente Asesor

Jurado Calificador

Dr. Rene Atilio Velásquez Girón

Jurado Calificador

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo

Coordinadora General de Proceso de Graduación del

Departamento de Medicina

Vo. Bo. Msc. Roxana Margarita Canales Robles

Jefe del Departamento de Medicina

**San Miguel El Salvador, Centro América, diciembre 2019.**

**Se agradece por su contribución para el desarrollo del trabajo a:**

DIOS:

Por guiarnos en nuestro camino, regalarnos la vida y la sabiduría para llevar a su final de una manera exitosa nuestra investigación.

A NUESTRA ASESORA:

Dra. Xenia Aimeé García Martínez por su invaluable asesoría , por guiarnos a lo largo del proceso de investigación, por compartir sus conocimientos, su tiempo, su esfuerzo para lograr que obtuviéramos los objetivos de investigación trazados.

A LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR:

Por el tiempo que dedicaron a revisar nuestra investigación, por su ayuda en identificar las debilidades y fortalezas del trabajo, por su invaluable aporte que contribuyo a enriquecer nuestro trabajo.

A LAS MUJERES ENTREVISTADAS PARA LA REALIZACIÓN DE EL ESTUDIO:

Por su cooperación desinteresada en nuestra investigación, por permitirnos ahondar en su experiencia de vida, por ese tiempo valioso que nos dedicaron para que pudiéramos entrevistarles, por esas sonrisas que nos regalaron durante ese tiempo, sin su apoyo esta investigación jamás hubiese sido posible.

A todas las personas que de una forma u otra nos apoyaron para llevar a término la presente investigación, agradecemos su tiempo, sus sugerencias, su soporte en aquellos momentos más difíciles de la investigación.



## **Se dedica este trabajo a:**

### **A MIS QUERIDOS PADRES**

Humberto Martínez y Rosa Argelia Lovo, porque cada uno de mis éxitos es fruto de sus sueños y de los miles de sacrificios que tuvieron que hacer para que se hicieran realidad, este logro más que mío es de ustedes.

### **A MIS HERMANOS Y HERMANAS**

Por haber sido siempre un apoyo incondicional y estar siempre allí cuando les necesite, por sus palabras de aliento ante momentos adversos.

### **A MIS DOCENTES**

Por compartir sus conocimientos en las diversas áreas de la medicina y enseñarme la gran oportunidad de servir a los demás que la medicina ofrece.

### **A MIS COMPAÑEROS DE TESIS**

Porque siempre me apoyaron para llevar esta investigación a feliz término.

Finalmente debo agradecer a todas las personas que de una forma u otra me apoyaron y colaboraron para culminar de una forma exitosa la presente investigación, mención especial a una persona (X), porque siempre creyó en mis sueños, me entregó su cariño y me acompañó hasta el final del trabajo.

Francisco Javier Martínez Lovo

**Se dedica este trabajo a:**

A DIOS:

Por darme sabiduría y paciencia para alcanzar esta meta, ya que sin su voluntad nunca hubiera sido posible.

A MIS QUERIDOS PADRES:

María Machado y Hermes Orlando Parada, por su sacrificio, su esfuerzo, apoyo y dedicación para culminar con éxito mi carrera, por la fortaleza que cada día me brindaron para continuar adelante hasta lograr esta meta que hoy también es de ellos.

A MIS DOCENTES:

Porque en todo momento estuvieron guiándonos en el proceso de investigación, por su tiempo y dedicación.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Por haberme apoyado siempre en el desarrollo del trabajo de tesis.

Finalmente, a todas las personas que contribuyeron con su apoyo y colaboración y me han permitido alcanzar mi meta.

Wilmer Josué Parada Machado.

**Se dedica este trabajo a:**

**A MI FAMILIA**

A mis padres, Merly Orellana y Abel Velásquez por el apoyo en todo momento de mi formación, por ser ellos mi inspiración y la fuerza cada día para poder culminar mi carrera, eternamente agradecido por haberme enseñado siempre el camino de lo correcto. A mi madrina Marcelly Cuellar, por ser un apoyo incondicional a lo largo de todos estos años.

A mis hermanos, a mis abuelos, y a toda mi familia por brindarme su apoyo siempre.

**A MIS DOCENTES:**

Como un reconocimiento a su noble labor, a cada uno de ellos, desde los que me brindaron la educación primaria, secundaria y a nivel superior.

**A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:**

Por poner todo el esfuerzo en esta investigación, a nuestra asesora Dra. Aimeé García por habernos guiado en este proceso.

Héctor Abel Velásquez Orellana

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Página</b>
Lista de tablas.....	xiii
Lista de Gráficos.....	xv
Lista de Figuras.....	xvii
Lista de Anexos.....	xviii
Resumen.....	xix
Introducción .....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Marco Teórico.....	9
3. Sistema de Hipótesis.....	27
4. Diseño Metodológico.....	32
5. Resultados.....	41
6. Discusión.....	81
7. Conclusiones.....	85
8. Recomendaciones.....	89
9. Referencias Bibliográficas.....	91

LISTA DE TABLAS O CUADROS

Página

Tabla N°1 Distribución de la población por establecimientos .....	32
Tabla N°2 Distribución de la muestra según establecimiento de salud .....	35
Tabla N°3 Calificación de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas ....	39
Tabla N° 4 Edad de la población en estudio.....	41
Tabla N° 5 Estado familiar de la población en estudio .....	42
Tabla N° 6 Analfabetismo de la población en estudio .....	43
Tabla N° 7 Escolaridad de la población en estudio .....	44
Tabla N° 8 Ocupación de la población en estudio .....	45
Tabla N° 9 Domicilio de la población en estudio.....	46
Tabla N° 10 Religión de la población en estudio .....	47
Tabla N° 11 Conocimiento sobre citología de la población en estudio .....	48
Tabla N° 12 Conocimiento sobre el sitio anatómico donde se toma la citología ..	49
Tabla No 13 Sitio de obtención de la muestra para citología .....	50
Tabla No 14 Conocimiento sobre la frecuencia de la toma de citología .....	51
Tabla N° 15. Conocimiento sobre complicaciones al momento de toma de la citología .....	52
Tabla N°16. Complicaciones al momento de tomar la citología.....	53
...	
Tabla N°17. Conoce la importancia de tomarse la citología .....	54
Tabla N°18. Pacientes que han recibido información sobre la citología .....	55
Tabla N°19. Fuente de información sobre citología .....	56
Tabla N°20. Conocimiento sobre la edad de inicio de la toma de citología .....	57
Tabla N°21. Conocimiento de cuidados previos a la toma de la citología .....	58
Tabla N°22 Cuáles cuidados deben tenerse previo a la toma de citología.....	59
Tabla N°23. Cuáles mujeres deben realizarse la citología .....	60
Tabla N°24. Se ha realizado en alguna ocasión la citología.....	61

Tabla N°25. Quién prefiere le realice la citología.....	62
Tabla N°26. Lugar donde se realiza la citología .....	63
Tabla N°27: Mujeres a las que interesa conocer más sobre citología .....	64
Tabla N°28: Tiene Planeado cuando se tomará la citología.....	65
Tabla N°29: Frecuencia de toma de citología.....	66
Tabla N° 30: Razón por la cual no se ha realizado la citología .....	67
Tabla N°31. Mujer que regresa por el resultado de la citología.....	68
Tabla N°32. Última toma de citología .....	69
Tabla N°33. Recuerda el resultado de su última citología .....	70
Tabla N°34. Resultado de su última citología.....	71
Tabla N°35. Razón por la que descontinuo la citología .....	72
Tabla N°36. Razón por la que se toma la citología.....	73
Tabla. N°37. Puntaje total obtenido en conocimientos, actitudes y prácticas sobre Citología .....	74
Tabla N°38 Frecuencia esperada y observada.....	74
Tabla N°39 ¿Conoce sobre citología?.....	76
Tabla N°40 Practicas correctas sobre citología .....	76
Tabla N°41 Tabla Cruzada. Conoce sobre citología* practicas sobre citología....	75
Tabla N°42 Pruebas de Chi cuadrado para relacionar conocimientos Y practicas.....	77
Tabla N°43 Actitud favorable frente a la toma de citología .....	78
Tabla N°44 Practicas correctas sobre citología.....	78
Tabla N°45 Tabla cruzada. Actitud favorable sobre citología * Practicas correctas sobre citología.....	79
Tabla N°46 Pruebas de Chi cuadrado para relacionar actitudes y practicas.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

Página

Grafica N° 1 Edad de la población en estudio .....	41
Grafica N° 2 Estado familiar de la población en estudio .....	42
Grafica N° 3 Analfabetismo de la población en estudio.....	43
Grafica N° 4 Escolaridad de la población en estudio .....	44
Grafica N° 5 Ocupación de la población en estudio .....	45
Grafica N° 6 Domicilio de la población en estudio .....	46
Grafica N° 7 Religión de la población en estudio.....	47
Grafica N° 8 Conocimiento sobre citología de la población en estudio .....	48
Grafica N° 9 Conocimiento sobre el sitio anatómico donde se toma la citología .....	49
Grafica No 10 Sitio de obtención de la muestra para citología.....	50
Grafica No 11 Conocimiento sobre la frecuencia de la toma de citología .....	51
Grafica N° 12. Conocimiento sobre complicaciones al momento de toma de la citología .....	52
Grafica N°13. Complicaciones al momento de tomar la citología .....	53
Grafica N°14. Conoce la importancia de tomarse la citología.....	54
Grafica N°15. Pacientes que han recibido información sobre la citología.....	55
Grafica N°16. Fuente de información sobre citología. ....	56
Grafica N°17. Conocimiento sobre la edad de inicio de la toma de citología...	57
Grafica N°18. Conocimiento de cuidados previos a la toma de la citología....	58
Grafica 19. Cuáles cuidados deben tenerse previo a la toma de citología .....	59
Grafica N°20. Cuáles mujeres deben realizarse la citología.....	60
Grafica N°21. Se ha realizado en alguna ocasión la citología .....	61
Grafica N°22. Quién prefiere le realice la citología .....	62
Grafica N°23. Lugar donde se realiza la citología.....	63
Grafica N°24: Mujeres a las que interesa conocer más sobre citología .....	64

Grafica N°25: Tiene planeado cuando se tomará la citología:.....	65
Grafica N°26: Frecuencia de toma de citología .....	66
Grafica N° 27: Razón por la cual no se ha realizado la citología .....	67
Grafica N°28. Mujer que regresa por el resultado de la citología .....	68
Grafica N°29. Última toma de citología.....	69
Grafica N°30. Recuerda el resultado de su última citología .....	70
Grafica N°31. Resultado de su última citología .....	71
Grafica N°32. Razón por la que descontinuo la citología .....	72
Grafica N°33. Razón por la que se toma la citología .....	73
Grafica N°34 Puntaje total obtenido en conocimientos, actitudes Y practicas sobre citología.....	75
Grafico N°35. Relación de conocimientos y prácticas .....	77
Grafico N°36. Relación de actitudes y prácticas.....	80



## LISTA DE FIGURAS

Página

Figura N °1 Cuello uterino .....	100
Figura N°2 Prueba de Papanicolaou .....	101
Figura N°3 Kit para toma de test Papanicolaou.....	102

LISTA DE ANEXOS	Página
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	103
Anexo 2. Cédula de Entrevista .....	104
Anexo 3. Cronograma de Actividades .....	108
Anexo 4. Presupuesto y Financiamiento .....	109
Anexo 5. Tabla del Chi cuadrado .....	110
Anexo 6. Glosario .....	111

## RESUMEN:

Los **objetivos** del estudio consistieron en determinar si son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología, hallar la asociación entre conocimientos y prácticas, así como la relación entre actitudes y prácticas. **Metodología** el estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, analítico y cualicuantitativo. Se estudió mujeres con edades entre los 20 y 59 años que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de salud de Ciudad Barrios, Chapeltique y El Tecomatal en el año 2019. El análisis estadístico se realizó mediante prueba de Chi cuadrado. **La población** fue de 162 mujeres correspondientes a las 3 unidades de salud en estudio. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Las **técnicas de recolección** de datos fueron documentales y entrevista estructurada. **El instrumento** que se utilizó fue la cédula de entrevista con un total de 32 interrogantes en cuatro bloques que incluyeron aspectos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas. Según **los resultados** obtenidos mediante la prueba de hipótesis, los conocimientos actitudes y prácticas son no adecuados de la población en estudio, se demostró que no existe relación entre conocer y la practica adecuada de la citología, de igual manera se analizó estadísticamente que no existe relación entre una actitud favorable a la citología y la práctica adecuada de citología. En conclusión, en cuanto a conocimientos sobre citología solo en un 40.7% conoce frente a un 59.3% que no conoce, en cuanto a actitudes el 87% es favorable frente al 13% desfavorable, en las prácticas el 74.1% es correcta frente 25.9% que no es correcta, en términos generales concluimos que los conocimientos, actitudes y prácticas son no adecuados. Es importante reformular las estrategias educativas para atraer más mujeres a realizarse la citología.

**Palabras clave:** Citología, Cáncer, creencias, vaginal, cervical, útero, conocimientos, actitudes, prácticas, Papanicolaou, Virus del Papiloma Humano, prevención, mujeres.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

#### **1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Una de las grandes expectativas que enfrenta la humanidad actual es la lucha por su supervivencia. La prevención y el control de aquellas enfermedades que amenazan su vida, el cáncer entre ellas. Se vuelve una de sus principales prioridades.

Desde el origen del hombre hasta nuestros días el cáncer ha sido acompañante de la humanidad. Existen evidencias en humanos compatibles con cáncer desde hace 150, 000 años (1) con toda la carga de morbilidad y mortalidad que la presencia de este flagelo implica.

Anteriormente no existían métodos efectivos para tratar el cáncer cervical de igual forma no existían avances para permitir un diagnóstico temprano. Fue hasta 1928 que el Dr. George Papanicolaou reporta la observación de células tumorales en frotis de mujeres asintomáticas con cáncer cervical (2), su descubrimiento permaneció ignorado por el mundo científico, hasta que en 1943 publica nuevamente su trabajo en conjunto con el Dr. Herbert Traut, que se reconoce la valía de su aporte (3) y se inicia su uso sistemático para la detección temprana del cáncer cervical.

Hoy en día la historia natural del cáncer de cuello uterino está bien documentada, lo que hace posible prevenir el desarrollo de carcinoma invasivo mediante la identificación de las lesiones iniciales. El cáncer cervical es cien por ciento prevenible de ser detectado en sus estadios más tempranos (4), por este hecho cabría esperar que al conocer mejor las distintas fases de la enfermedad y a la manera de incidir mediante las formas de prevención primaria, secundaria y terciaria su incidencia disminuiría, pero como demuestran las estadísticas aún queda un largo camino por recorrer.

La presencia de los virus del papiloma humano, en virtualmente todos los tipos de cáncer cervical, implica la más alta fracción a nivel mundial atribuible a una causa específica entre todos los principales tipos de cáncer (5), hace muchos años se estableció la asociación causal entre el desarrollo del cáncer cervical y una infección persistente por el virus del papiloma humano, una enfermedad de transmisión sexual (6), lo que vino a agregar más información sobre la importancia de la citología cervical como método de diagnóstico temprano del cáncer cervical.

Sin embargo y pese a ser un tipo de cáncer totalmente prevenible, el registro mundial de cáncer de la Organización Mundial de la Salud (7) conocido como GLOBOCAN 2018, estimó 570,000 casos de cáncer cervical con 311,000 muertes por esta causa alrededor del mundo, esta enfermedad lidera la cuarta posición como el cáncer más frecuentemente diagnosticado, de igual forma lidera la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres para 2018. El cáncer cervical se ubica como segundo en incidencia y mortalidad en países subdesarrollados solo después del cáncer de mama.

En El Salvador en el período 2011-2015 la mortalidad ajustada para el cáncer fue de 5.1 muertes por 100,000 habitantes en la población general, de éste el cáncer cervical presentó una tasa de mortalidad nada despreciable de 3.7 por 100,000 habitantes (8), siendo la tercera causa de años perdidos en mujeres. GLOBOCAN estimó 724 casos nuevos para el año 2018 y 386 muertes por esta causa, con una prevalencia para cinco años de 1810 casos (7), se ubica en El Salvador como la segunda causa de cáncer en mujeres y segunda causa más común de cáncer en mujeres entre 15 y 44 años.

Contamos en El Salvador con una política nacional para la prevención y control del cáncer (9) y de participación intersectorial e interinstitucional con la finalidad de ofrecer servicios integrales que logren incidir en la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical. No obstante, la mortalidad asociada a la patología continúa siendo alta, se ha demostrado que el desarrollo de cáncer cervical está sujeto a un buen número de variables demográficas, culturales y socio-económicas (10), en El Salvador trabajar en éstas variables constituye el gran reto y reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la citología cervical en nuestra población se convierte en un primer paso.

Un estudio demostró que el riesgo de desarrollar cáncer invasor en mujeres que nunca se habían realizado la citología cervical era hasta 10 veces mayor que en aquellas que se la realizaban en los plazos establecidos por los programas (11). El tamizaje cervical es ampliamente conocido, exitoso como forma de prevención y lo será aún más en el futuro (12) especialmente si se reconoce aquellas variables que influyen en la no realización de la citología por parte de las mujeres usuarias del primer nivel de atención en salud.

Pese a que la citología cervical se respalda en décadas de experiencia en su uso, bajo costo, simplicidad, alta especificidad y que las lesiones pueden ser fácilmente tratables (3), este método continúa sin ser adoptado de forma global, constituyéndose en un método de tamizaje en algunas poblaciones solo como resultado de la oportunidad, en otras solo ocurre como parte de programas de tamizaje en que mujeres en cierto rango de edad son invitadas a realizarse la prueba (13), sin existir una verdadera conducta de prevención de esta enfermedad arraigada en el ideario colectivo.

Es preciso levantar información respecto a las variables involucradas, para reconocer aquellos aspectos en los que se hace necesario efectuar acciones para viabilizar la toma de citología como método de prevención del cáncer cervical. Generando información relevante para analizar la temática que debería tener un importante impacto en las acciones de salud pública (10), de la que es ya una importante problemática.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en mujeres usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar especializada Ciudad Barrios, intermedia Chapeltique y básica El Tecomatal, San Miguel año 2019?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

En países desarrollados los programas de tamizaje por medio de la citología cervical contribuyeron a reducir hasta en un 22 por ciento la incidencia de cáncer cervical invasor en un lapso de tres años (14), con lo cual demostraron en la práctica que la toma de citología es un método de bajo costo y alta efectividad que debe incrementarse para cubrir a toda la población femenina con la consecuencia de reducir las tasas de cáncer invasor.

Para que un programa sea efectivo y llegue a alcanzar tasas de reducción de la mortalidad por cáncer cervical iguales a las alcanzadas por países desarrollados, se hace necesario alcanzar tasas de cobertura mayores entre las mujeres en riesgo, esto implica superar las barreras que en Latinoamérica han sido identificadas, entre ellas la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de citología cervical (15), de igual forma se ha asociado a negligencia en los prestadores de servicio que influyen de forma negativa en la ansiedad generada en la mujer ante el temor de recibir un resultado positivo en su prueba de Papanicolaou

Bruni et al. (16), realizan estimaciones sobre la cobertura del tamizaje para cáncer cervical en El Salvador basado en las encuestas FESAL que para 1998 reportan una realización de 10,335 tamizajes para mujeres entre las edades de 15 y 49 años, para la encuesta FESAL 2002-2003 reporta un total de 8,777 tamizajes en el mismo rango de edad, para el año 2008 la encuesta reporta un total de 10,135, los datos arrojaron que para 2008 el 89 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años con experiencia sexual se realizaron el Papanicolaou en alguna oportunidad, el 83 por ciento conoció su resultado pero solo un 43 por ciento lo conoció antes de un mes de tomada la prueba.

El cáncer cervical es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno con lo que se permite un tratamiento temprano de las lesiones que evita que progrese a sus formas más graves. Los programas de detección oportuna de cáncer cervical han sido sumamente efectivos en la mayoría de países desarrollados, reduciendo significativamente su incidencia (17). Para el Ministerio de Salud los resultados obtenidos en la investigación sirven para replantear y remodelar las estrategias de intervención que

permitan ampliar la cobertura a todas aquellas mujeres que pueden presentar la enfermedad.

Lamadrid (18) concluye que el personal de salud no se está comunicando bien a la hora de transmitir conocimientos sobre citología cervical. Para los profesionales de salud el presente estudio permitirá que se conozca aquellos aspectos en los que existe mayor debilidad de información sobre citología y cáncer cervical. Permitiendo de esta forma potenciar el impacto en la educación de usuarias sobre la utilidad del método, contribuyendo a eliminar de la población aquellas creencias carentes de fundamento o que sean contraproducentes para la prevención de la patología.

Para Concha et al. (19), las creencias sobre el virus del papiloma humano, que ya se conoce tiene una estrecha relación con el desarrollo de cáncer cervical, es un tema poco estudiado. Es importante realizar investigaciones sobre conocimientos, creencias y comportamientos sexuales, así como los distintos aspectos que aún se desconocen de la patogénesis que involucra a los distintos virus del papiloma humano. El estudio ha permitido a los investigadores abordar el tema en base a aquellos aspectos más desconocidos del tema, para permitir generar intervenciones que coadyuven a la prevención del cáncer cervical en la población femenina.

Se ha confirmado que el conocimiento de la utilidad de la citología cervical se constituye como uno de los principales predictores para su utilización (20), esto implica que a mayor conocimiento de los grandes beneficios que el método ofrece en la prevención del cáncer cervical, mayor será la tendencia conductual a realizarse el estudio. La presente investigación ha permitido a la población en general reconocer aquellas actitudes, conocimientos y prácticas que son contraproducentes para la realización de la citología cervical. Urrutia et al. (21) han hecho notar que no se ha sabido educar a la población de la importancia que este simple examen tiene y de las consecuencias de la enfermedad que se pueden prevenir, reconocer las limitantes fue el primer paso para trabajar en este aspecto.



Donoso et al. (22) encontraron que el 38.2 por ciento de la población de mujeres en estudio fallecidas por cáncer cérvico uterino corresponde a mujeres mayores de 65 años, hace notar que si bien es cierto hubo una tendencia descendente en la mortalidad de este grupo de edad, aún representan un porcentaje de significativo por lo que sugieren que por equidad y con objetivo de formular una verdadera estrategia de reducción de la mortalidad por esta enfermedad, las mujeres mayores de 65 años continúen en el proceso.

Al realizar una revisión de la literatura existente se encontró que existe una tendencia generalizada a englobar a mujeres en estudio para todos los aspectos de la citología cervical en un rango entre los 14 y 50 años (23, 24,25), excluyendo por lo general el conocimiento, las actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou por encima de este rango de edades esto generado, porque los estudios demuestran que existe una disminución de la incidencia posterior a los 65 años.

En este estudio se incluyó mujeres en el rango de los 20 a los 59 años de edad siguiendo las indicaciones de los lineamientos nacionales sobre el tema (9), al encontrarse en este grupo las pacientes con mayor prioridad, también presentando una mayor demanda sobre cáncer de cérvix en los servicios de salud en este mismo rango, la investigación ha permitido obtener conocimientos de este grupo de mujeres que son vinculantes en políticas públicas para la prevención del cáncer cervical.

Los esfuerzos para optimizar los programas de citología cervical y reducir la mortalidad por cáncer cervical requieren la comprensión precisa de las barreras existentes en las mujeres que son usuarias del programa, Behbakht et al. (26), encontraron que además de las barreras físicas, financieras, culturales y espirituales, existe en la población una actitud fatalista sobre el conocimiento que aporta la citología, muchas mujeres manifestaron no querer saber si presentaban cáncer cervical, otras además asumieron que de presentarlo sería una sentencia de muerte o una especie de castigo divino, también existió ciertas ideas sobre lo que poco que se podría hacer en caso de detectarse la presencia de lesiones precancerosas. Al reconocer las creencias existentes en la población en estudio sobre la toma de la citología, se puede incidir en políticas públicas más eficaces que conlleven tener un impacto positivo que permita reducir la incidencia

de casos de cáncer cervical invasor, mediante el diagnóstico temprano, que permita realizar intervenciones que eviten la progresión de los casos detectados.

La prueba de tamizaje más usada para la detección temprana del cáncer cervical es la citología cérvico uterina (27), está bien establecido que el uso de la citología en conjunto con intervenciones tempranas al detectar lesiones, reducen de manera significativa la mortalidad, sin embargo, pese a la disponibilidad de la citología cervical por muchos años el cáncer cervical continúa manteniendo una alta cuota de las muertes por cáncer en el país. Las deficiencias en los programas en países subdesarrollados se han atribuido a múltiples causas que van desde fallas en la organización de los programas hasta una baja cobertura poblacional (28). Otros investigadores sin embargo han concluido que la efectividad de la citología en la detección temprana de cáncer cervical está más determinada por la calidad de la prueba que por las coberturas de población (29), por consiguiente, existe una discrepancia sobre cuáles son los componentes de los programas que hacen mella en su efectividad. Este estudio contribuyó a establecer datos sobre aquellos aspectos que influyen en estos programas en nuestro país

Garcés et al. (30) Reportaron que las campañas y la educación son facilitadores para la toma del examen. El presente estudio puede ser útil para diseñar estrategias de promoción de toma de citología según el ciclo vital de las mujeres, de esta forma las intervenciones serán multifacéticas dirigidas a la complejidad que representa las cuestiones de salud en las mujeres, lo anterior permite utilizar la información obtenida en mejores campañas y procesos educativos que logren que más mujeres accedan a la toma de citología y por ello permitan la detección de aquellas lesiones y su manejo temprano, atacando directamente este gran problema de salud pública (31)

## **1.4 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar si son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en mujeres usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar especializada Ciudad Barrios, intermedia Chapeltique y básica El Tecomatal, San Miguel año 2019.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Identificar si existe relación entre el nivel de conocimientos sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.
2. Describir si existe relación entre una actitud favorable sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Los estudios de conocimientos, actitudes y practicas (CAP).**

Los estudios CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas), son ampliamente utilizados en diversas investigaciones relacionadas a la salud. Se realizan con el fin de comprender mejor porqué la gente actúa de la manera en que lo hace (32). Es decir, ayuda a crear, ejecutar y evaluar intervenciones y programas sanitarios explotando de esta manera su más alto grado de impacto.

Los estudios CAP han demostrado que el conocimiento sobre creencias y valores en la población sobre determinadas enfermedades es un factor determinante en la presencia de la enfermedad y en la efectividad de las intervenciones realizadas (33). Por lo que se hizo preciso la realización de estudios que conllevaron a la obtención de información de las creencias, actitudes y prácticas imperantes en la población.

Los estudios CAP emergieron en 1950 como resultado de las necesidades de realizar mediciones inicialmente para planificación de servicios familiares (34), sin embargo, desde entonces se han usado extensamente para evaluar y guiar distintos programas extendiéndose su uso a todas las áreas de la salud. Los Estudios CAP contribuyen a analizar la situación mediante la determinación de los conocimientos, actitudes y prácticas que ayudan a identificar prioridades y de esta forma realizar intervenciones necesarias.

A juicio de muchos investigadores de estudios CAP han mostrado dos grandes deficiencias (35), una de ellas es que han fallado en los esfuerzos por dar validez y confianza a los datos obtenidos, la otra deficiencia ha sido el fallo en obtener mediciones confiables sobre la intensidad de las opiniones y actitudes que se reportan. Esto ha dado lugar a que algunos estudios CAP contribuyan a interpretaciones contradictorias sobre la problemática abordada.

El atractivo de los estudios CAP es atribuible a sus características: Un diseño fácil, datos cuantificables, facilidad en las interpretaciones de los resultados y también la posibilidad de extrapolar los resultados demuestran pequeñas a grandes poblaciones. Lo que representa un valor agregado a estudios transculturales, también resalta la rapidez para su implementación (36).

### **2.1.1 CONOCIMIENTOS**

Es la comprensión de cualquier aspecto dado (37). En esta investigación se referirá al conocimiento individual sobre la toma de citología cérvico vaginal, incluyendo aquellas habilidades intelectuales para recordar terminología relacionada al tema. La Real Academia Española define al conocimiento como la noción, saber o noticia elemental de algo (38).

En los estudios CAP los conocimientos son normalmente utilizados para evaluar la extensión del saber sobre conceptos relacionados a salud pública y programas en el mismo ámbito. Pelto y Pelto (39) han hecho notar que en salud pública muchos profesionales comparten la visión que conocimientos y creencias son términos opuestos, han asumido que los conocimientos están basados en datos y verdades científicas, en contraste las creencias son erróneas desde la perspectiva biomédica y que solo resultan ser un obstáculo para la conducta apropiada. Esta definición de conocimientos es la que comparte la comunidad médica internacional, es paradójico que mientras ellos reconozcan el rol de involucrar a las comunidades en el manejo de prevención de las enfermedades, continúan fallando en reconocer el valor de los conocimientos que las comunidades ya poseen sobre el tema (40). En esta investigación utilizaremos la definición establecida por la Real Academia de la Lengua Española.

### **2.1.2 ACTITUDES**

La medición de actitudes es la segunda parte de los estudios CAP. Muchos estudios CAP no presentan resultados concernientes a actitudes, probablemente esto ocurre así por el riesgo sustancial de generalizar falsas opiniones y actitudes sobre un grupo en particular (41). Las actitudes son creencias emocionales, motivacionales o perceptivas que de una forma positiva o negativa influye en la conducta y práctica de los individuos (42). La actitud influye en los comportamientos de los individuos sin importar los conocimientos que estos posean y ayuda a comprender por qué una persona elige una práctica con respecto a las otras alternativas disponibles.

Para la Real Academia Española es la disposición de ánimo manifestada el algún modo (38). El acto de realizar mediciones de actitudes por medio de encuestas ha sido criticado por varias razones. Una de ellas es que la persona responde la encuesta con las creencias que considera correctas o aceptables para el encuestador, el contexto en que se realiza la encuesta influye en la respuesta, no será igual si la encuesta es conducida en una clínica o en la calle, también influirá si hay o no otras personas presentes. También la formulación de la pregunta puede ser manipulada de manera de obtener la respuesta esperada. Esto lo favorece el hecho de que muchas veces los entrevistados están desinformados sobre el tema lo que conlleva a que en muchas ocasiones las escalas de actitudes solo reflejen las creencias del encuestador (43).

Los investigadores deben ser cuidadosos a la hora de interpretar las mediciones sobre actitudes de manera que no dé lugar a discrepancias, conllevando con ello a que el conocimiento del problema de salud abordado pueda ser útil para la toma de acciones y decisiones que genere un impacto benéfico en la problemática abordada (44).

### **2.1.3 PRÁCTICAS**

La Real Academia de la Lengua Española define el término prácticas como los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo; que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. También hace referencia a este el uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. (38)

## **2.2. CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL**

### **2.2.1 Definición**

La citología cérvico vaginal también llamada la prueba de Papanicolaou o PAP, es un procedimiento que se utiliza para recoger células del cuello uterino para que sean observadas bajo el microscopio para detectar cambios celulares anormales. (45). La prueba se utiliza para la detección de cáncer y pre-cáncer del cuello uterino, globalmente el cáncer cervical es el cuarto cáncer más común en las mujeres, la prueba de Papanicolaou puede salvar su vida al encontrar signos tempranos de cáncer cervical (45) Durante muchos años, la detección basada en citología, conocida como prueba de Papanicolaou, era el único método de detección de células anormales en el cuello del útero. Su uso redujo la incidencia del cáncer de cuello del útero y las muertes en países en donde es común hacerse los exámenes (46). La prueba de Papanicolaou es simple, rápida y no causa dolor; la mujer debe estar informada en todo momento de las acciones a realizar, se debe palpar siempre el vientre y realizar un examen físico rápido del área se toma una muestra de células de adentro y de alrededor del cuello del útero con un raspador de madera o un cepillo cervical pequeño. La muestra se pone en una lámina de vidrio, se aplica fijador y se envía a un laboratorio para que sea examinado (47)

### **2.2.2 Historia del Papanicolaou**

El desarrollo de la citología como campo de estudio de la medicina, necesitó dos condiciones: el concepto de célula y la invención del microscopio. A pesar de que la invención del microscopio data del siglo XVI, el concepto de célula logró aceptación hasta el siglo XVIII por lo que la citología como herramienta diagnóstica tiene sus comienzos a partir del siglo XIX (48). A principios del siglo XVII Zacharias Janssen, usó las lentes para crear el microscopio, lo que permitió observar las estructuras celulares con un aumento de 60 veces en relación al tamaño normal, sin embargo, los microscopios de esa época producían distorsión de imágenes y tenían bajo poder de resolución por lo que al inicio no tuvieron mucha aceptación y no fueron utilizados (49).

Uno de los padres de la citología fue Johannes Müller, de Berlín, quien en 1838 realizó estudios bibliográficos sobre células tumorales malignas; a principios del siglo XIX Joseph Récamier inventó el espéculo vaginal con el cual podía visualizar el cuello uterino y obtener células de la vagina y del cuello uterino (50).

La citología cervical comienza, en sentido estricto, en 1943 con George N. Papanicolaou, quien nació en 1883 en Grecia, estudió Medicina en Atenas y en 1913 emigró a Estados Unidos de América, trabajó varios años en investigación en la Universidad de Cornell de Nueva York, donde se dedicó a estudiar, en animales, el comportamiento cíclico hormonal del epitelio vaginal.

En 1917 publicó en el “American Journal of Anatomy” su famoso escrito “Existencia de un ciclo típico estrogénico en animales; estudio de los cambios fisiológicos y patológicos” que fue la base del estudio de toda su vida. Durante este estudio descubrió la presencia de células tumorales en algunos frotis.

El Dr. Papanicolaou dedicó cuarenta y cinco años al estudio de la citología exfoliativa; desde 1923 la propuso como un método para diagnóstico de cáncer uterino, sin embargo, el método no tuvo aceptación. El Dr. Papanicolaou continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal y cervical, así como técnicas de conservación y tinción de las células.

En 1942 publicó la técnica de tinción que se conoce actualmente como Técnica de Papanicolaou; finalmente en 1943 junto al ginecólogo Traut publicó su trabajo, “Diagnóstico de cáncer uterino mediante frotis vaginal” trabajo que significó el reconocimiento internacional de la citología ginecológica.

En años posteriores el nuevo método tuvo gran aceptación, perfeccionamiento y difusión. La persistencia y dedicación del Dr. Papanicolaou permitió hacer de la citología y del frotis vaginal una herramienta clínica común, lo que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer uterino en los últimos 40 años (51).

Actualmente la citología vaginal con tinción de Papanicolaou constituye el método por excelencia de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino.



### **2.2.3 EPIDEMIOLOGÍA:**

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en mujeres, más de 528,000 nuevos casos cada año, el 85% de estos en países en vías de desarrollo (9).

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en El Salvador, representa el 22.5% de todas las neoplasias malignas de la población en general y el 37.2% de los tumores malignos que afectan a la población femenina, con tasas estimadas de incidencia y mortalidad de 24.8 y 11.9 por 100,000 mujeres, respectivamente (9).

En 2015 se crea el Programa Nacional de registro de cáncer de base poblacional con el objetivo general de disminuir la morbilidad y mortalidad por tumores malignos en la población salvadoreña y el objetivo específico de coordinar, dirigir y supervisar todas las actividades encaminadas a la prevención detección y tratamiento oportuno de los tumores malignos. Este programa define como una de sus prioridades la detección temprana del cáncer de cuello uterino, contempla como población de mayor riesgo a mujeres entre 20 y 60 años y, considerando la capacidad real de respuesta de los laboratorios de citología, establece un período de cada 2 años para la realización del test. Los resultados obtenidos por las acciones realizadas por el programa incluyen: el aumento del porcentaje de cobertura de la población de riesgo y disminución del porcentaje de diagnóstico de lesiones invasoras de cuello uterino (9).

El éxito de la citología cervical como método de tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino se debe a su relativa simplicidad y bajo costo del examen. La búsqueda regular de cáncer de cuello uterino mediante citología reduce tanto la mortalidad como la incidencia de cáncer invasor en la población estudiada; el tamizaje anual citológico puede reducir hasta en un 95% la incidencia por carcinoma escamoso invasor, sin embargo, a pesar del conocimiento que la práctica rutinaria de frotis vaginal es efectiva, no hay consenso de cuál es el período o intervalo adecuado para realizarlo (9).

La Sociedad Americana de Cáncer recomienda que se debe realizar una búsqueda anual a todas las mujeres con vida sexual activa y menores de 30 años, después de los 30 años una vez que se documenten 3 exámenes negativos consecutivos puede realizarse cada 2 ó 3 años (52).

En El Salvador, se emitió el lineamiento para la prevención de cáncer cérvicouterino y cáncer de mama en el que se define como grupo de mayor riesgo a las mujeres de 20 a 60 años y establece que se debe realizar el examen citológico, prioritariamente, a toda mujer comprendida en este rango de edad y posteriormente a toda mujer sexualmente activa; si el resultado es negativo por malignidad el examen se repetirá en 2 años (9).

#### **2.2.4 CRITERIOS PARA TOMA DE CITOLOGÍA**

Requisitos para la obtención de una muestra citológica con condiciones óptimas para su evaluación: (1)

- Evite relaciones sexuales dos días antes del PAP.
- Evite el uso de duchas o medicamentos vaginales dos días antes.
- Evite el uso de espumas, cremas o gelatinas espermicidas dos días antes.
- Que no se encuentre menstruando.
- En la mujer púerpera, debe programar la toma de la citología a partir de las doce semanas posparto, si no tiene PAP vigente.

Se debe de tomar la muestra a toda mujer que cumpla los siguientes requisitos: (9) (53)

- Mujeres de 20 a 29 años: cada dos años, si el resultado del PAP es negativo a lesiones pre invasivas y a cáncer de cérvix.
- Cuando no se dispone de prueba del VPH, las mujeres de 30 a 59 años deben ser tamizadas con PAP cada dos años si el resultado del PAP es negativo.
  - Las mujeres de 60 años o más deben ser tamizadas con citología convencional cada dos años, si el resultado del PAP es negativo.
- Las mujeres que hayan tenido una histerectomía sin la extirpación del cuello uterino,
- Las mujeres con antecedente de NIC 2 o NIC 3 deben continuar con las pruebas de detección, al menos por 20 años después de haberse detectado y tratado la anomalía

- Las mujeres mayores de 65 años que les han realizado regularmente las pruebas de detección en los últimos 10 años, pueden prescindir de dicha prueba, siempre y cuando no se haya encontrado un pre cáncer grave (NIC 2 o 3)
- En las mujeres con inmunosupresión tomar la citología, cada año: mujeres recibiendo esteroides; mujeres recibiendo inmunosupresores para evitar rechazo de trasplante.
- En la mujer con VIH, tomar citología cervical cada seis meses en el primer año posterior al diagnóstico de su enfermedad. Si estas dos pruebas son reportadas como satisfactorias/negativas, se debe tomar el PAP anualmente.
- En las trabajadoras sexuales (TS) de 20 a 29 años de edad, tomar citología cervical cada dos años, si el resultado del PAP es negativo. También deberán tamizarse con PAP cada dos años, las mujeres trabajadoras sexuales de 30 años o más.
- En las clínicas o servicios de atención a las personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), tomar la citología cervical a toda mujer que no se haya realizado la prueba hace dos años (9).

## **2.2.5 TÉCNICA PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA**

### **2.2.5.1 Material necesario**

Consultorio con privacidad, mesa ginecológica, foco luminoso, guantes desechables nuevos, un espéculo de metal o plástico, una espátula de Ayre, un pequeño cepillo endocervical o un hisopo, solución salina (para humedecer hisopo), lámina o portaobjetos con banda esmerilada, recipiente con solución de cloro al 0.5%, fijador, y papelería necesaria para el laboratorio.

### **2.2.5.2 Procedimiento**

- Con la usuaria en posición de litotomía, colocar un espéculo vaginal sin lubricante hasta lograr exponer el orificio cervical externo del cuello uterino. Si fuera necesario, utilizar solución salina normal en vez de lubricante, especialmente en las mujeres de mayor edad.
- Si la mujer tiene leucorrea o secreción endocervical, realizar una limpieza suave con un hisopo de algodón humedecido con solución salina normal, antes de tomar la muestra.

- Tomar la muestra del exocérnix primero, utilizando una espátula de Ayre de madera. Realizar inmediatamente un extendido fino (en monocapa) en forma unidireccional sobre la lámina portaobjeto, no frotarla. Luego, tomar la muestra del endocérnix usando el extremo delgado de la espátula de Ayre o un cepillo endocervical. Extender inmediatamente siguiendo las mismas indicaciones.
- Fijar de manera inmediata la muestra con aerosol de alcohol etílico a 96 grados, aplicándolo a 20 centímetros de distancia de la lámina en un ángulo de 45 grados o sumergirla en alcohol etílico a 96 grados durante cinco minutos.
- Retirar el espéculo con delicadeza.
- Realizar tacto vaginal bimanual para completar la evaluación ginecológica.
- Completar el formulario para tamizaje de cáncer cérvicouterino con letra legible con los hallazgos clínicos encontrados.
- Después de tomar la citología cervical, el personal de salud debe:
  - Informar a la mujer sobre los hallazgos al examen físico. Aclarar sus dudas.
  - Programar cita en cuatro semanas para entregar el resultado de la prueba de tamizaje.
  - Colocar y transportar las láminas portaobjetos en una caja porta láminas.
  - Llevar las láminas al laboratorio de citología dentro de los primeros siete días posteriores a la toma de PAP.
- El resultado de la citología cervical debe ser reportado utilizando la nomenclatura del Sistema Bethesda 2001 (9).

## **2.2.6 SISTEMA BETHESDA:**

El sistema de Bethesda para informar la citología cervical, fue desarrollado por un grupo de expertos en Citología, Histopatología y Ginecología en 1988 y ha sido objeto de dos revisiones posteriores , este sistema se realizó con el propósito de informar la citología cervical de una manera clara, proporcionar información relevante al médico y fomentar la comunicación eficaz entre el médico y el laboratorio; en él se introduce una nueva nomenclatura que en contraste con las nomenclaturas que han estado en uso, (NIC o displasias), introduce una interpretación descriptiva de los hallazgos y emplea el término “citología cervical” en vez de “citología cérvico vaginal” debido a que la mayoría de métodos de obtención de la muestra no tiene como propósito la toma de muestras de la vagina (54) (55).

El Sistema de Bethesda define una clasificación general (opcional) y la interpretación de resultados. La clasificación general incluye:

- 1.- Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.
- 2.- Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares.

En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas, basándose en que los criterios clínicos de decisión terapéutica (seguimiento o realización de colposcopia) y en que un menor número de categorías disminuye la posibilidad de la variabilidad entre observadores en la interpretación de resultados. Las dos categorías son:

- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por HPV y NIC I (displasia leve) y
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

La clasificación de Bethesda introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASC-US (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual refleja las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que existe en ciertos casos, para brindar un diagnóstico definitivo.

La categoría Carcinoma Escamoso es definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células.

En cuanto a las anormalidades de células glandulares, el Sistema de Bethesda también ha incorporado cambios en el modo de informar las anomalías de estas células tomando en cuenta que los hallazgos glandulares atípicos involucran un aumento de riesgo de que exista una entidad neoplásica maligna relacionada y deben ser clasificados, siempre que sea posible, según el tipo de célula glandular identificada (endocervical o endometrial), para fines de seguimiento y de tratamiento (9).

Otros aspectos importantes en este sistema de información de citología cervical son, que no incluye los términos “Displasia Glandular Endocervical” ni “Lesión Glandular Intraepitelial de Bajo Grado”, además se considera que el adenocarcinoma endocervical in situ es el equivalente al carcinoma in situ de células escamosas o NIC III y precursor del adenocarcinoma endocervical invasor y se eliminó el término Células Glandulares Atípicas de significado Indeterminado ( AGUS) para evitar confusiones con el término ASCUS (55)(56).

## **2.3.1 CUELLO UTERINO**

### **2.3.1.1 Embriología**

Inicialmente, tanto el embrión masculino como el femenino tienen dos pares de conductos genitales, los conductos mesonéfricos (de Wolf) y los conductos paramesonéfricos (de Müller), ambos derivados del mesodermo y que forman el sistema urogenital. El conducto paramesonéfrico se origina como una invaginación longitudinal del epitelio sobre la superficie anterolateral de la cresta urogenital. Cranealmente el conducto se abre a la cavidad abdominal mediante una estructura de tipo embudo. Caudalmente, primero se desplaza en dirección lateral respecto del conducto mesonéfrico y, a continuación, lo

atraviesa ventralmente para crecer en dirección caudomedial. En un inicio los dos conductos se hallan separados por un tabique, pero más tarde se fusionan para formar la cavidad uterina. Los conductos paramesonéfricos fusionados originan el cuerpo y el cuello del útero, están rodeados por una capa de mesénquima que forma la cubierta muscular del útero, el miometrio y su recubrimiento perineal, el perimetrio. (57).

#### **2.3.1.2 Histología**

El extremo inferior del útero que se extiende hacia la vagina. La luz del cuello del útero está revestida por un epitelio cilíndrico secretor de moco de tipo simple, su superficie externa cuenta con un revestimiento distinto se trata de un epitelio escamoso estratificado, no queratinizado que es similar al que recubre las paredes de la cavidad vaginal. Las paredes del cuello están formadas por tejido conjuntivo denso y colagenoso, incluye muchas fibras de tipo elásticas y en menor cantidad fibras de musculo liso. La mucosa del cérvix consta de glándulas cervicales ramificadas. Aunque la mucosa cervical cambia con el ciclo menstrual, este no se desprende en la menstruación (58).

#### **2.3.1.3 Fisiología**

En el punto medio del ciclo menstrual, alrededor de la ovulación, las glándulas cervicales, secretan un líquido seroso que facilita la entrada de los espermatozoides al útero. En otras ocasiones y durante el embarazo las secreciones de las glándulas cervicales se tornan más viscosas y forman un tapón de moco engrosado en el orificio del cuello uterino, que evita la entrada de espermatozoides y microorganismos al útero. La hormona progesterona regula los cambios de viscosidad de secreciones de las glándulas cervicales. Desde antes y durante el parto sufre severos cambios que permiten el paso del producto desde la cavidad uterina hasta el nacimiento (58).

#### **2.3.1.4 Anatomía**

El útero, es el órgano en el cual el óvulo ya fecundado se anida y el organismo en desarrollo crece y es nutrido hasta su nacimiento. La cavidad uterina y de la vagina constituyen juntos el conducto del parto, a través del cual pasa el feto al término de la gestación. El útero varía en forma, tamaño localización y estructura. Estas variaciones dependen de la edad y de otras circunstancias, como el embarazo.

Está conformado por diferentes partes, el fondo, la parte redondeada del útero en la parte superior, el cuerpo que se constituye como la parte principal, istmo que es la parte estrecha del útero y el cuello uterino.

El cuello uterino se extiende hacia abajo y hacia atrás, desde el istmo hacia el orificio en la vagina. Se constituye como la parte menos móvil del útero y se divide en dos partes por la pared anterior de la vagina, a través de la cual pasa. La parte supra vaginal, está separada por la vejiga anteriormente por tejido conectivo laxo y del recto; por detrás, por el fondo de saco recto uterino. La parte vaginal, se extiende hacia la vagina, y su cavidad se comunica con esta por medio del orificio del útero (59).

### **2.3.2 DEFINICIÓN CÁNCER DE CÉRVIX**

Es un tumor maligno que se desarrolla en las células del cuello uterino, con capacidad para invadir los tejidos periféricos sanos y de alcanzar órganos lejanos e implantarse en ellos. También es llamado cáncer cervical o carcinoma de cérvix (60). Existen dos tipos principales de cáncer cérvico uterino: el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Aproximadamente el 80 % a 90 % de los cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas. El adenocarcinoma es el segundo tipo más frecuente de cáncer cervical (10 % -15 %) y se origina en las células glandulares del endocérvix. Con menor frecuencia, el cáncer cervical tiene características tanto del carcinoma de células escamosas como de adenocarcinoma, denominándose carcinoma adenoescamoso o carcinoma mixto (9).

### **2.3.3 Etiología**

La causa necesaria pero insuficiente del cáncer cérvicouterino es la infección persistente por una o más cepas oncogénicas del VPH (Virus del papiloma humano), que se transmite por vía sexual. El VPH es un ADN virus, que infecta tejidos específicos, es de alta prevalencia y fácil transmisión. El 50 % a 80 % de las mujeres sexualmente activas se infectan con el VPH, al menos una vez en la vida y algunas personas pueden ser infectadas reiteradamente. Entre los modos de transmisión del VPH se encuentran: Las relaciones sexuales (incluyendo el coito vaginal, anal y el sexo oral), contacto de genital a genital sin penetración vaginal, contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada



por VPH, de un área del cuerpo a otra (la infección puede iniciar en el cuello uterino y luego propagarse a la vagina y a la vulva) y contacto de genitales con objetos sexuales u otros contaminados con VPH (9).

La infección por el VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. Se observa generalmente entre el final de la adolescencia (que coincide con el inicio de la vida sexual) y los 25 años. En el 90 % de los casos evoluciona de forma natural hacia la curación espontánea y desaparece sin haber producido lesión alguna. Sin embargo, la infección por VPH oncogénico, persiste en 10 % de los casos y puede provocar lesiones precancerosas. La mayor frecuencia las infecciones es por los tipos 16 y 18, en un 70 % y el resto son otros tipos de VPH, como el 31, 33 y 45. Si estas infecciones no reciben tratamiento, pueden transformarse en cáncer cérvico uterino (9).

### **2.3.5 Factores De Riesgo**

La infección por VPH oncogénico es la causa necesaria pero insuficiente para que se origine este cáncer, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a cáncer cérvico uterino (61). Existen factores de alto riesgo y cofactores determinantes para que se produzca la progresión de las lesiones precancerosas a cáncer cérvico uterino. (61)

1. Tener múltiples parejas sexuales o tener una pareja promiscua.
2. No usar preservativo durante las relaciones sexuales.
3. Sexo anal.
4. Consumo de alcohol, el cual produce desinhibición de la persona, lo que lo puede llevar a conductas sexuales de riesgo.
5. Inicio temprano de las relaciones sexuales.
6. Abuso sexual. (9)

Cofactores de riesgo para la progresión de lesiones precancerosas a cáncer cervical.

1. Infección persistente por uno más de VPH de tipo oncogénico.
2. Inequidades de género, menos acceso a los servicios de salud.

3. Nivel socioeconómico bajo.
4. Inicio tardío de las pruebas de tamizaje de cáncer de cérvix.
5. Multiparidad (cuatro o más embarazos a término)
6. Uso de anticonceptivos orales. (9)

### **2.3.6 Manifestaciones clínicas**

La mayoría de mujeres no tienen signos o síntomas cuando presentan alteraciones pre malignas o en los primeros estadios del cáncer de cuello uterino. Los síntomas habitualmente no aparecen hasta que el cáncer ha invadido otros tejidos u órganos. Se pueden presentar los siguientes síntomas:

1. Manchas de sangre o sangrado leve entre menstruación y menstruación o después de la misma.
2. Sangrado menstrual más prolongado y abundante que el habitual.
3. Sangrado después del coito, o durante el examen pelviano por parte del médico.
4. Dolor durante el coito.
5. Sangrado después de la menopausia (metrorragia postmenopáusica).
6. Aumento de la secreción vaginal (62).

### **2.3.7 Diagnóstico**

El cáncer cérvicouterino es el resultado final de una serie continua de cambios en las que se van presentando alteraciones de las células que componen los tejidos avanzando de fase en fase, desde aquellas lesiones precancerosas en las que la citología cérvico vaginal ha demostrado ser tan efectiva para su detección temprana hasta aquellas lesiones cancerosas que tras una evolución tórpida se establecen como una enfermedad invasora.

La lentitud con la que el cáncer evoluciona y la accesibilidad de las células cervicales al estudio, generan a favor de las pacientes un mayor tiempo y una mayor posibilidad de usar las herramientas disponibles para detectar y tratar la enfermedad de la manera más oportuna posible.

Una de las herramientas disponibles de más alto impacto en la detección temprana por sus bajos costos y disponibilidad es la citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou, es también uno de los métodos más ampliamente utilizados y es a este método que se dedica el presente estudio de investigación. El método de Papanicolaou se ha tecnificado hasta el punto que existen en el mercado sistemas computacionales capaces de procesar hasta 280 preparaciones a la vez (63).

Existen además numerosas técnicas moleculares para la detección del virus del papiloma humano, algunos métodos se basan en la amplificación del ADN de los virus del papiloma humana por medio de la reacción en cadena de la polimerasa la ventaja de estas técnicas es que permiten conocer el tipo específico de virus a diferencia de las otras técnicas moleculares basados en la captura de híbridos que no permite esta tipificación (64).

La colposcopia es el estudio del cuello uterino a través de un microscopio para evidenciar detalles del epitelio y vasos sanguíneos cervicales. Además de la inspección visual propiamente dicha se realiza la aplicación de ácido acético para identificar zonas de coloración anormal. La visión colposcopia permite emitir un diagnóstico más certero del cáncer cérvico uterino sin embargo no es una técnica que permita un diagnóstico definitivo, por ser más costosa que la citología no está disponible en todos los servicios de salud (65).

El método diagnóstico de certeza de un cáncer cérvico uterino es el estudio histopatológico. Es mediante la toma de la biopsia y su posterior estudio por el patólogo que se permite establecer el estadio del cáncer, así como sus límites quirúrgicos.

### **2.3.8 Clasificación**

Existen estadificaciones clínicas e histopatológicas. La estadificación clínica se basa en los criterios de la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO), este establece cuatro estadios de la enfermedad en las que se basa el tratamiento. La correcta evaluación de cada uno de estos estadios es fundamental para determinar si la paciente se beneficiara con un tratamiento quirúrgico o con quimioterapia recurrente. La evaluación de los factores pronósticos es crucial por lo que el sistema TNM de American

Joint Committee on Cancer (AJCC) ha sido integrado a los estadios aceptados por la FIGO (66).

Para la estadificación histológica se usa la clasificación de la Organización mundial de la salud que divide los tumores atendiendo su tipo histológico en aquellos tumores epiteliales, tumores mesenquimatosos y tumores similares. (9) es en base a estas clasificaciones que una vez realizadas de la forma correcta dirigen el diagnóstico a implementar de igual forma permite que los profesionales de la salud de todo el mundo que se dedican al manejo del problema hablen un mismo lenguaje lo que facilite la comunicación entre ellos y la difusión de aquellas investigaciones que sobre este tema se realicen.

### **2.3.9 Tratamiento**

Una vez que se ha realizado el diagnóstico por los distintos métodos disponibles y que se ha confirmado por el estudio histopatológico atendiendo a su estadiaje puede ir desde terapia excisionales en las que la cirugía es la clave hasta intervenciones como el uso de radiación o de la quimioterapia.

En aquellas mujeres cuyo cáncer se diagnostica como invasor se hace preciso realizar estudios adicionales para conocer con exactitud la magnitud de la diseminación. El tratamiento depende en todo caso de la extensión de la lesión, y de factores tales como la edad, el deseo de conservar la fertilidad y la presencia o no de otros comórbidos (67).

### **2.3.10 Medidas Preventivas y Educación en Salud**

Se deberá educar a la población sobre aquellas prácticas sexuales de riesgo: no usar preservativo, sexo anal, sexo oral, tener múltiples parejas. Se deberá educar a la población sobre el no uso de alcohol, tabaco y drogas, sobre el no inicio temprano de las relaciones sexuales, la identificación de signos y síntomas de la enfermedad y la importancia de realizarse a tiempo las pruebas de tamizaje disponibles (9).

La prevención de la transmisión del virus del papiloma humano solo se hace posible mediante la información que permita la concientización sobre el riesgo existente de infección por estos virus al mantener relaciones sin protección, por otro lado algunos autores apuntan que la prevención recaerá en el desarrollo de vacunas más eficaces , lo

que si está bien fundamentado es que la educación sobre la toma de citología y pruebas para el virus del papiloma humano cuando está disponible tiene un impacto directo en la prevención primaria para el desarrollo del cáncer. Ya que permite un diagnóstico precoz y por ende intervenciones que son más efectivas (68).

### **2.3.11 Manejo por Niveles de Atención**

En el primer nivel de atención se realizará la toma de citología, así como pruebas para el virus del papiloma humano. De detectarse alguna anomalía histológica se referirá al nivel de mayor complejidad con capacidad de realizar colposcopia. Al tercer nivel se referirá aquellas pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer cérvico uterino, las embarazadas con alta sospecha o diagnóstico de cáncer cervical y sospecha de recurrencias en quien ya recibió tratamiento (9).

### **2.3.12 Seguimiento**

Posterior al tratamiento el seguimiento consiste en consultas periódicas que tienen los siguientes objetivos: detectar recurrencias, evaluar los efectos adversos de las terapias y darles su debido manejo. Ofrecer apoyo psicológico e información que contribuya a que la mujer retome su vida de forma normal.

El primer año la evaluación citológica y clínica se realizará cada 3 meses, el segundo año se realiza una evaluación cada cuatro meses, en el tercer año se realiza cada seis meses y transcurrido cinco años será cada año el seguimiento (9).

### **2.3.13 Criterios de Alta**

En las etapas iniciales de la mujer con cáncer cérvicouterino (1A y 1B) se retornará al primer nivel de atención para que se continúe su seguimiento con evaluación clínica y citología convencional dos años después del tratamiento. Si existe algún riesgo establecido de recurrencia no se hará dicho retorno, esto será establecido en la debida evaluación oncológica (9).

De igual manera ante sospecha de recurrencia clínica y/o citológica se debería referir nuevamente a oncología de forma inmediata. Aquellas mujeres que presentan cánceres en estadios avanzados no tendrán alta, sino que permanecen bajo control del especialista.

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS**

#### **3.1 Hipótesis general**

**Hi:** Son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.

**Ho:** Son no adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.

#### **3.2 Hipótesis específicas**

##### **3.2.1 Primera hipótesis específica**

**Hi:** Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre citología y la practica correcta de hacerse la citología.

**Ho:** No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.

##### **3.2.2 Segunda hipótesis específica**

**Hi:** Existe relación entre una actitud favorable sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.

**Ho:** No existe relación entre una actitud favorable sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.

#### **3.3. Unidades de análisis**

Mujeres en el rango de los 20 a los 59 años usuarias de las unidades de salud en investigación.

#### **3.4 Variables**

**V1:** Conocimientos

**V2:** Actitudes

**V3:** Prácticas

### 3.5. Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Indicadores	Escala de medición	Ítems
Son adecuados los conocimientos, actitudes y practicas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.	V1.Conocimientos	La noción, saber o noticia elemental de algo, la comprensión de cualquier aspecto dado En nuestra investigación se refiere al conocimiento individual sobre la toma de citología cérvico vaginal, incluyendo aquellas habilidades intelectuales para recordar terminología relacionada al tema.	Concepto  Toma de muestra  Periodicidad  Complicaciones  Importancia  Información	Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal  Nominal	¿Conoce usted qué es la citología?  ¿Sabe usted de donde se toma la muestra?  ¿Sabe usted con cuanta frecuencia debe tomarse la citología?  ¿Conoce usted si existe alguna complicación al tomarse la citología?  ¿Conoce porque es importante tomarse la citología?  ¿Le han proporcionado información sobre la citología?

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Indicadores	Escala de medición	Ítems
<p>Son adecuados los conocimientos, actitudes y practicas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.</p>	<p>V1.Conocimientos</p>	<p>La noción, saber o noticia elemental de algo, la comprensión de cualquier aspecto dado En nuestra investigación se refiere al conocimiento individual sobre la toma de citología cérvico vaginal, incluyendo aquellas habilidades intelectuales para recordar terminología relacionada al tema.</p>	<p>Beneficios</p> <p>Inicio</p> <p>Cáncer</p> <p>Preparación previa</p> <p>Tipo de usuarias que deben tomarse la prueba</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>¿Conoce usted los beneficios de tomarse la citología?</p> <p>¿Conoce a qué edad debe iniciar la toma de citología?</p> <p>¿Sabe qué es el cáncer de cuello uterino?</p> <p>¿Conoce qué tipo de cuidados hay que tener el día previo a la toma de citología?</p> <p>¿Cuáles mujeres deben tomarse la prueba?</p>



Hipótesis	Variables	Conceptualización	Indicadores	Escala de medición	Ítems
<p>Son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.</p>	<p>V2. Actitudes</p>	<p>Son creencias emocionales, motivacionales o perceptivas que de una forma positiva o negativa influye en la conducta y práctica de los individuos. En nuestro caso aquellas actitudes relacionadas con la toma de citología cervical</p>	<p>Se ha tomado la citología</p> <p>Preferencias en la toma de citología</p> <p>Lugar de toma de citología</p> <p>Interés por el tema</p> <p>Planificación</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>¿Se ha realizado en alguna ocasión la citología?</p> <p>¿Quién prefiere le realice la citología?</p> <p>¿Dónde se toma usted la citología?</p> <p>¿Le interesa conocer más sobre citología?</p> <p>¿Ya tiene planeado cuando va a tomarse la citología?</p>

Hipótesis	Variables	Conceptualización	Indicadores	Escala de medición	Ítems
Son adecuados los conocimientos, actitudes y practicas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.	V3. Practicas	Uso continuado o costumbre habitual es decir la realización habitual por las personas de ciertas actividades en este caso relacionadas a la toma de citología cervical.	Periodicidad	Nominal	¿Con cuanta frecuencia se toma la citología usted? En caso de no habérsela tomado nunca ¿Por qué no lo ha hecho? ¿Regresa usted por el resultado de la citología?  ¿Cuándo se tomó por última vez la citología?  ¿Recuerda el resultado de su última citología? Si es si ¿Cuál fue? En caso de haberse tomado la citología alguna vez ¿Por qué discontinuo?  ¿Razón por la que se toma la citología?
			Razón para no tomársela	Nominal	
			Resultado de citología	Nominal	
			Ultima vez	Nominal	
			Últimos resultados	Nominal	
			Descontinuación	Nominal	
Razón para tomársela	Nominal				

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de investigación

**El estudio es descriptivo porque:** El propósito fue decir como es y cómo se manifiestan las variables estudiadas en la población. El estudio buscó especificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en mujeres usuarias de las unidades de salud incluidas en la investigación.

**El estudio es correlacional:** Porque analizó si dos variables tienen relación entre sí, es decir determinó si el aumento o disminución de un variable coincidió con el aumento o disminución de otra variable en estudio.

**El estudio es de corte transversal** Porque la investigación recolectó datos en un solo momento, un tiempo único. Describió en un momento determinado las actitudes, conocimientos y prácticas simultáneamente, realizándose un corte en el tiempo.

**El estudio es cualicuantitativo** ya que generaron datos e información numérica que permitió predecir el comportamiento de la población en estudio obtenidos mediante la cédula de entrevista y procesados estadísticamente al igual que midió cualidades de la muestra estudiada.

### 4.2 Población en estudio

**TABLA 1: DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ESTABLECIMIENTOS**

UNIDAD DE SALUD	NUMERO DE PACIENTES
Ciudad Barrios	375
Chapeltique	330
El Tecomatal	240
Total	945

Fuente: sistema de información de ficha familiar y sistema estadístico de producción de servicios del ministerio de salud.

### 4.3 MUESTRA

La población en esta investigación es finita, el número de mujeres dentro del rango de edades investigada es conocido y se pudo deducir al aplicar los criterios de exclusión e inclusión en cada una de las unidades de salud familiar.

La fórmula para calcular el tamaño de la muestra en una población conocida es la siguiente:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ N}{(N-1)E^2 + Z_{\alpha/2}^2 PQ}$$

**Donde:**

N = población

P = probabilidad de éxito

Q = probabilidad de fracaso

$Z_{\alpha/2}$  = nivel de confianza (valor de tabla normal)

E = margen de error

n = tamaño de la muestra relacional.

**Datos:**

N = 945

P = 0.5

Q = (1-P) = 0.5

$Z_{\alpha/2}$  = 1.96

E = 0.07

Z = 1.96 (anexo n° 5)

**Sustituyendo:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(945)}{(945 - 1)(0.07)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (945)}{(944) (0.0049) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{907.578}{5.586}$$

$$n = 162$$

Para cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar se aplica la fórmula de Sub muestra.

$$S_n = \frac{Nh}{N} (n)$$

Para la unidad comunitaria de salud familiar de Ciudad Barrios.

$$S_n = \frac{375}{945} (162)$$

$$S_n = 64.285 \approx 64$$

Para la unidad comunitaria de salud familiar de Chapeltique

$$S_n = \frac{330}{945} (162)$$

$$S_n = 56.571 \approx 57$$

Para la unidad comunitaria de salud familiar de El Tecomatal.

$S_n = \frac{240}{945} (162)$

945

$S_n = 41,142 \approx 41$

Al aplicar la fórmula matemática a cada unidad de salud las sub muestras obtenidas fueron las siguientes:

TABLA N°2: Distribución de la muestra según establecimiento de salud

UNIDAD DE SALUD	SUBMUESTRA
Ciudad Barrios	64
Chapeltique	57
EL Tecomatal	41
TOTAL	162

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de sistema de información de ficha familiar y sistema estadístico de producción de servicios del ministerio de salud.

#### 4.4 Tipo de muestreo:

**No probabilístico por conveniencia:** no se brindó a todas las mujeres de 20 a 59 años de edad que forman parte de la población en estudio, la misma oportunidad de ser seleccionadas, ya que para se aplicaron criterios de inclusión y exclusión.

## **4.5 Criterios para establecer la muestra**

### **4.5.1 Criterios de inclusión**

1. Ser del sexo femenino
2. Edad comprendida entre 20 y 59 años
3. Que perteneciera al área general de influencia de cada una de las unidades de salud en estudio.
4. Que consultara en las unidades de salud en estudio.
5. Que hayan iniciado ya relaciones sexuales
6. Que aceptaran de forma voluntaria participar en el estudio mediante consentimiento informado (anexo 1)

### **4.5.2 Criterios de exclusión**

1. Mujeres embarazadas
2. Que presentaran retraso mental
3. Paciente con pérdida de audición
4. Mujeres con trastornos del lenguaje (afasias, dislalias)
5. Mujeres con histerectomía total

## **4.6 Técnicas de recolección de datos**

**Documental bibliográfico:** Se utilizó información obtenida de bases de datos, guías clínicas, lineamientos oficiales y libros de texto para formular el marco teórico.

**Documental hemerográfico:** Se consultó tesis de maestría y de pregrado relacionadas al tema.

**Entrevista estructurada:** Mediante el uso de la cédula de entrevista que fue aplicada a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión (anexo 2).

## **4.7 Instrumento**

El instrumento que se utilizó en la investigación fue la cédula de entrevista estructurada, auto desarrollada, anónima. Constó de 32 preguntas cerradas constituidas en 4 bloques: 1) Información sociodemográfica ;2) conocimientos; 3) actitudes y 4) prácticas. Incluyó aquellas interrogantes necesarias para responder a cada una de las variables acorde al enunciado de la investigación (anexo 2)

La cédula de entrevista fue desarrollada por los autores, después de llevar a cabo una búsqueda de estudios similares.

## **4.8 Procedimiento**

### **4.8.1 Planificación**

Como equipo de trabajo se determinó la importancia de conocer los conocimientos actitudes y prácticas en la toma de citología de las unidades en estudio. Se realizó una reunión con el docente asesor para determinar la relevancia del tema de investigación, así como su relevancia para la sociedad, se aprobó la problemática a investigar. El equipo investigador procedió a la revisión bibliográfica y hemerográfica, se solicitó la validación del instrumento de trabajo por el médico especialista que asesoro la tesis. La determinación de la muestra se llevó mediante el cálculo de cuotas por conveniencia de pacientes que consultaron en las unidades de salud en estudio y que cumplieran los criterios de exclusión e inclusión.

### **4.8.2 Ejecución**

Se dividió en las fases detalladas a continuación.

#### **4.8.2.1 Validación del instrumento**

Previo a ejecutar la investigación se realizó una prueba piloto para poder validar el instrumento en pacientes que se presentaron por demanda espontanea. Se aplicó el instrumento a 20 usuarias que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión pero que no formaran parte de la muestra, esto permitió hacer las correcciones pertinentes en la claridad, dificultad, el orden, el tiempo de duración de cada pregunta y el formato del instrumento.



Para determinar la confiabilidad de las preguntas sobre conocimientos se utilizó la fórmula de Kuder Richardson reportando 0.67(alta), para actitudes y practicas se utilizó la formula Alfa de Cronbach reportando 0.95(muy alta)

#### **4.8.2.2 Recolección de datos**

El estudio se realizó en las unidades comunitarias de salud familiar especializada de Ciudad Barrios, intermedia de Chapeltique y básica de El Tecomatal. La población en estudio fue de 945 mujeres que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Al calcular la muestra con fórmula estadística fue de 162 usuarias de las que se realizaron 64 en Ciudad Barrios, 57 en Chapeltique y 41 en El Tecomatal.

Se aplicó la cédula de entrevista previa aceptación del consentimiento informado a todas las usuarias que cumplieron los criterios de exclusión e inclusión. Al finalizar el periodo establecido para este proceso se procedió al análisis y tabulación de la información para generar las conclusiones y recomendaciones respectivas.

#### **4.8.2.3 Plan de análisis**

Los datos recolectados fueron tabulados y analizados en el software SPSS y Microsoft Excel trabajándose con un nivel de significancia de 95%. Se realizó en primer lugar un análisis descriptivo para cada una de las cuatro áreas que conforman la cédula de entrevista. La calificación de las distintas variables a estudiar se realizó por criterio de los autores, en base a búsqueda bibliográfica y consulta especializada

Se calificó en niveles cada una de las variables asignando a cada uno de ellas un puntaje para cada variable única como un puntaje global (tabla No.3), la variable conocimientos se evaluó como conoce si respondía correctamente a 9 preguntas o más, no conoce con un puntaje de 8 menor, actitud se calificó como favorable con 3 puntos o más y desfavorable con 2 puntos o menos, la variable practicas se calificó como correcta con 4 puntos o más e incorrecta con 3 puntos o menos. De forma global se consideró como adecuados conocimientos, actitudes y practicas a toda usuaria que obtenga 15 puntos o más y no adecuados a quien obtenga un puntaje de 14 o menor.

**Tabla 3. Calificación de los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas.**

Variable	Calificación	puntaje	Respuestas
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> </ul>	9 puntos o más (9/14)	Si respondió correctamente a 9 preguntas o más, que debe incluir al menos las siguientes: ¿Conoce usted qué es la citología? ¿Sabe usted de donde se toma la muestra? ¿Sabe usted con cuanta frecuencia debe tomarse la citología? ¿Conoce porque es importante tomarse la citología?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No conoce</li> </ul>	8 puntos o menos	Puntaje de 8 repuestas correctas o menor
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• favorable</li> </ul>	3 puntos o más(3/5)	Si respondió favorablemente a 3 interrogantes o más, debe incluir al menos las siguientes: ¿Se ha realizado en alguna ocasión la citología? ¿Dónde se toma usted la citología?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desfavorable</li> </ul>	2 puntos o menos	Puntaje de dos o menor
Prácticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correcta</li> </ul>	4 puntos o más(4/8)	Si respondió de manera correcta a 4 preguntas o más, debe incluir al menos las siguientes: ¿Con cuanta frecuencia se toma la citología usted? ¿Razón por la que se toma la citología?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorrecta</li> </ul>	3 puntos o menos	Puntaje de tres o menor
Puntaje sumativo de las tres variables para considerar un adecuado nivel		15 puntos o más(15/27)	

Fuente: MINISTERIO DE SALUD. "Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer Cérvico uterino y de mama ", San Salvador.

El Salvador. 2015.

#### **4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Todas las participantes lo hicieron de manera voluntaria que se evidencia con el respectivo consentimiento informado (anexo 1). La población fue manejada de manera anónima y confidencial, puntos que se hicieron del conocimiento de cada participante. Se le explicó a cada participante la importancia de su participación, así como los objetivos de la investigación. Se les pidió responder cada una de las interrogantes de la cédula de entrevista que fue llenada por el investigador.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Tabla N° 4: Edad de la población en estudio.

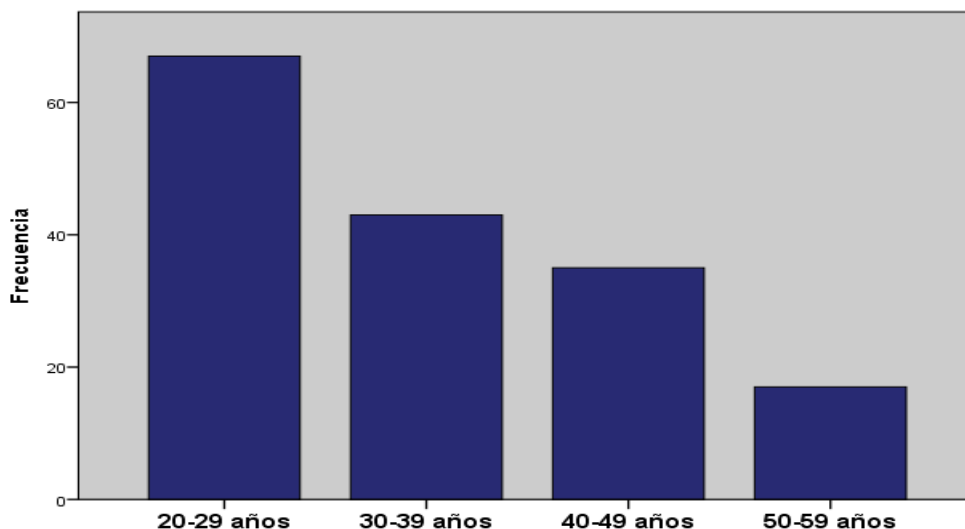
Edad	Frecuencia	Porcentaje
20-29 años	67	41.4
30-39 años	43	26.5
40-49 años	35	21.6
50-59 años	17	10.5
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** De las 162 entrevistadas en las tres unidades de salud en estudio, el 41.4 % se encuentra entre los 20 y 29 años, el 26.5 % se encuentra entre los 30 y 39 años de edad, el 21.6% cursa entre los 40 y 49 años y el 10.5% se encuentra entre los 50 y 59 años de edad. Como lo muestra la tabla número 4.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos de la población en estudio. La mayoría de pacientes que consulta en las unidades de salud corresponde a mujeres jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 29 años de edad, la población que menos consultó fue las mujeres mayores con edades entre los 50 y 59 años que solo representaron un 10.5 %. Esto demuestra la importancia de la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas en la población, ya que al ser población joven la manera en que se relacionen con el tema, influye en las prácticas que sobre citología practiquen.

Grafico N°1: Edad de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 4

Tabla N° 5: Estado familiar de la población en estudio.

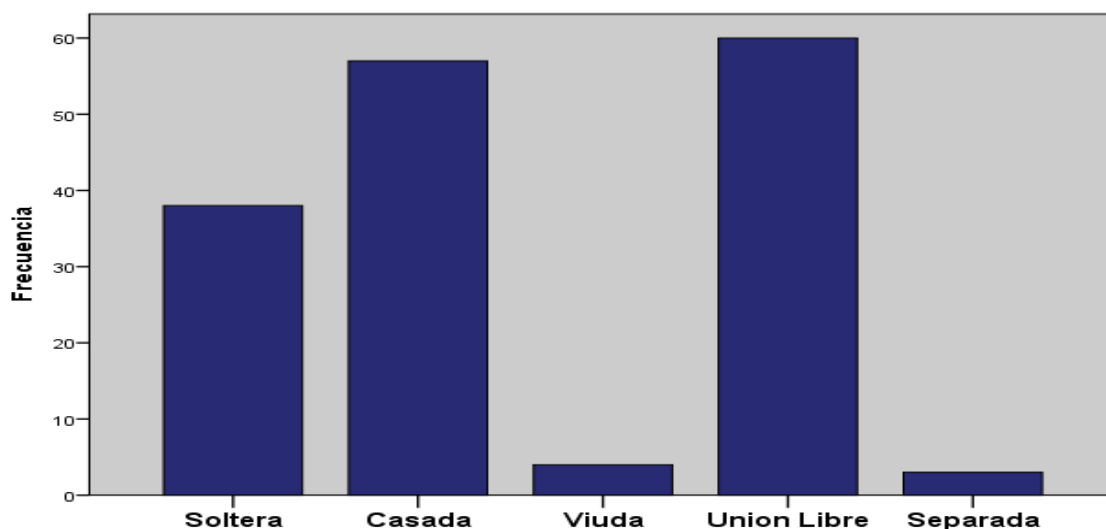
Estado Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	38	23.5
Casada	57	35.2
Viuda	4	2.5
Unión Libre	60	37.0
Separada	3	1.9
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** En relación al estado familiar de las encuestadas en el estudio. El 23.5 % manifestó encontrarse soltera, el 35.2 % respondió ser casada, el 2.5% manifestó ser viuda, el 37% vive en unión libre y el 1.9 % es separada. Como lo muestra la tabla número 5.

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados a la población estudiada el mayor porcentaje de mujeres lo ocupan quienes viven en unión libre siendo este el segmento poblacional que más consulta en las unidades en estudio, seguido de cerca por la población que se encuentra casada, el menor grupo lo ocupan las mujeres separadas.

Gráfico N°2: Estado familiar de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 5

Tabla N° 6: Analfabetismo de la población en estudio.

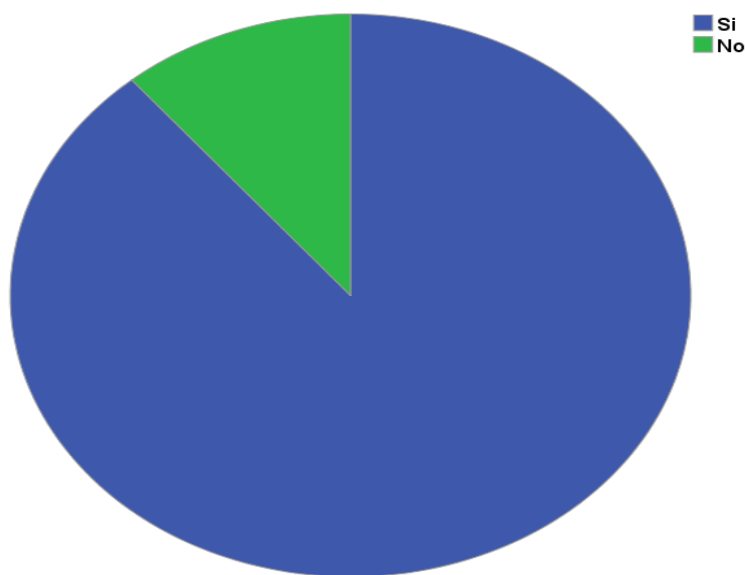
¿Sabe leer y escribir?	Frecuencia	Porcentaje
Si	144	88.9
No	18	11.1
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** En la medición de la prevalencia de analfabetismo en la población de las unidades en estudio mediante la medición de si las usuarias saben leer y escribir, el 88.9% manifestó saber leer y escribir y el 11.1 % manifestó no poder hacerlo. Como lo muestra la tabla número 6.

**INTERPRETACIÓN:** la mayoría de la población entrevistada (88.9%) que consulta las unidades es capaz de leer y escribir, es decir es capaz de comprender material e información impresa sobre el tema de citología, lo que implica que en la mayoría de la población se puede usar los distintos recursos para dar conocer el tema, solo un porcentaje menor (11.1 %) manifestó no tener la capacidad de leer y escribir, por lo que en esta población se debe usar otro tipo de recursos didácticos.

Gráfico N°3: Analfabetismo de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 6.

Tabla N° 7: Escolaridad de la población en estudio.

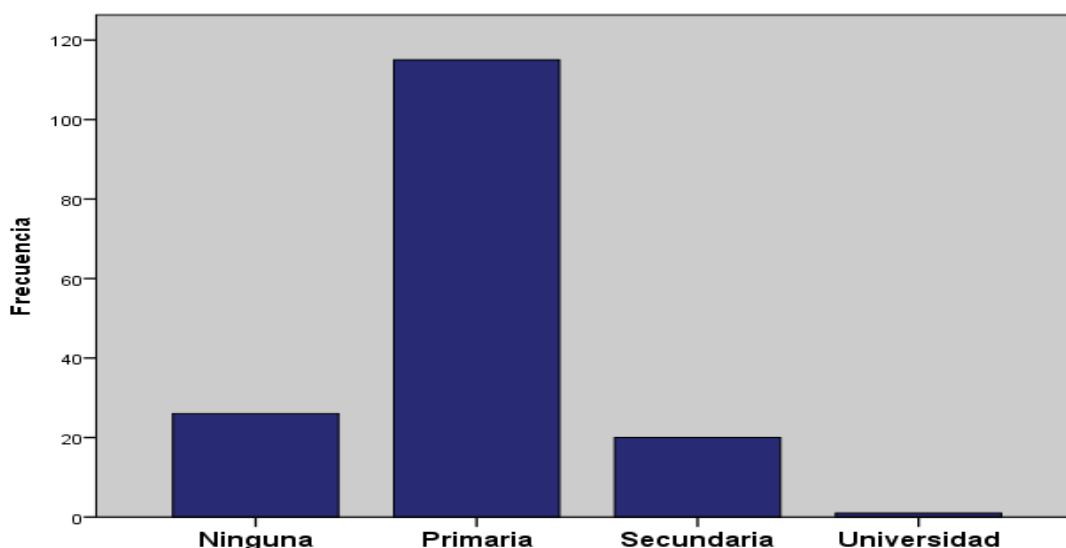
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	26	16.0
Primaria	115	71.0
Secundaria	20	12.3
Universidad	1	0.6
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Al evaluar la escolaridad de la población en estudio, se encontró que el 16% no presenta ninguna escolaridad, el 71% manifestó poseer estudios de primaria, el 12.3% respondió poseer estudios de secundaria y el 0.6% manifestó poseer estudios a nivel superior universitario. Como lo muestra la tabla número 4.

**INTERPRETACIÓN:** El mayor porcentaje de la población en estudio presentó estudios de primaria, siendo la población que presenta este nivel de escolaridad la gran mayoría de quienes consultan, el porcentaje más pequeño de quienes consultan lo presentan las usuarias con estudios universitario. Esto pone de manifiesto la importancia de la educación sobre citología en los primeros niveles de estudios ya que es este rango el que capta el mayor número de usuarias.

Gráfico N°4: Escolaridad de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 7.

Tabla N° 8: Ocupación de la población en estudio.

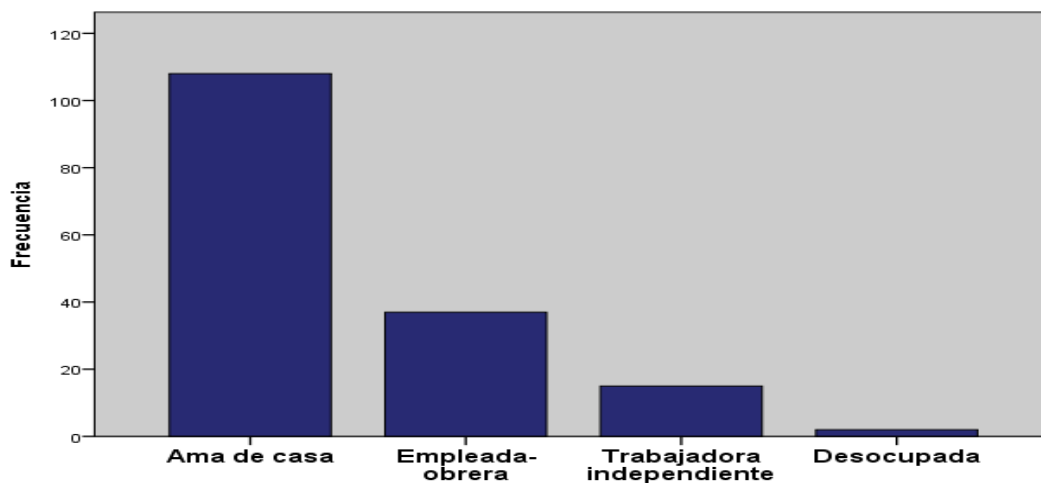
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	108	66.7
Empleada-Obrera	37	22.8
Trabajadora independiente	15	9.3
Desocupada	2	1.2
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Con respecto a la ocupación de la población en estudio, el 66.7% respondió ser ama de casa, el 22.8% refirió ser empleada u obrera, el 9.3% respondió ser trabajadora independiente y el 1.2 % manifestó encontrarse desempleada. Como lo muestra la tabla número 8.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de las usuarias de las unidades de salud tiene por ocupación el ser ama de casa, seguido por un porcentaje importante dedicado a ser empleado u obrera, menos es el porcentaje de trabajadores independientes, siendo el porcentaje de usuarias desocupadas el menor de todos. La importancia de conocer estos datos radica en el hecho de que aquellas mujeres amas de casa suelen tener mayor disponibilidad de tiempo para asistir a tomarse las citologías por sobre aquellas profesionistas o trabajadoras independientes.

Gráfico N°5: Ocupación de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 8.



Tabla N° 9: Domicilio de la población en estudio.

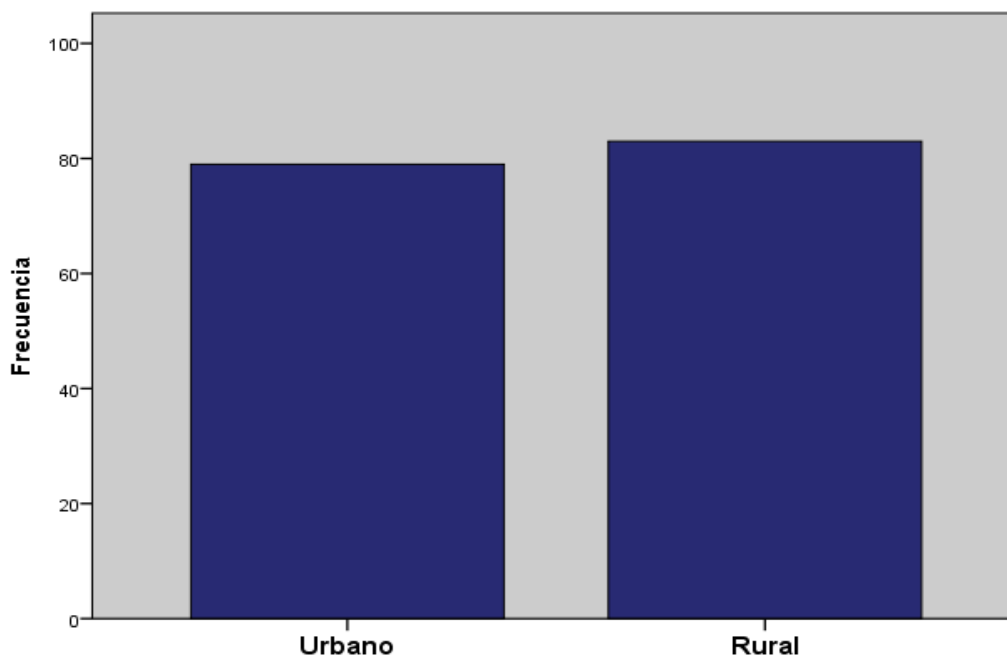
Domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	79	48.8
Rural	83	51.2
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Al estudiar el domicilio de la población en estudio, el 48.8% de la población respondió ser del área urbana y el 51.2% del área rural. Como lo muestra la tabla número 9.

**INTERPRETACIÓN:** El mayor porcentaje de usuarias que consulta en las unidades de salud en estudio (51.2%) refirió ser del área rural, un porcentaje menor (48.8%) resultó ser del área rural. El Domicilio es importante por la disponibilidad de medios de transporte y otras facilidades de acceso a las unidades de salud, lo que incide en el hecho de que las mujeres asistan o no para realizarse la toma de citología en los tiempos que corresponden. Como podemos observar en los datos la mayor parte de estos se obtuvieron de personas que provienen del área rural.

Gráfico N°6: Domicilio de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 9.

Tabla N° 10: Grupo religioso de la población en estudio.

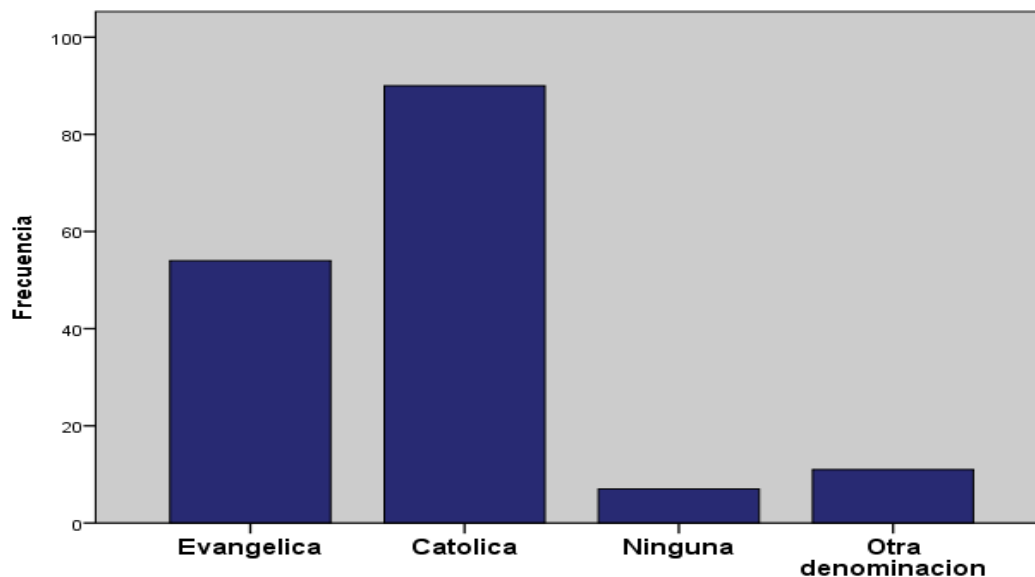
Grupo religioso	Frecuencia	Porcentaje
Evangélica	54	33.3
Católica	90	55.6
Ninguna	7	4.3
Otra denominación	11	6.8
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Sobre la religión que profesa, un 55.6% respondió ser católica, un 33.3% manifestó ser evangélica, 6.8% respondió profesar otra denominación y un 4.3% expreso no pertenece a ninguna denominación. Como lo muestra la tabla número 10.

**INTERPRETACIÓN:** El porcentaje más grande de mujeres que consultan en las unidades de salud en estudio son católicas, seguidos por aquellas miembros de la corriente evangélica, el tercer grupo lo constituyen quienes profesan otra denominación, siendo el menor grupo quienes no profesan ninguna religión. Conocer estos datos es de importancia fundamental en cuanto a las prácticas sobre citología, ya que debemos recordar que algunas denominaciones son más restrictivas en cuanto a prácticas médicas sean estas curativas o preventivas.

Gráfico N°7: Religión de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 10.

## 5.2. CONOCIMIENTOS QUE TIENE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LAS UNIDADES DE SALUD DE CIUDAD BARRIOS, CHAPELTIQUE Y EL TECOMATAL SOBRE CITOLOGÍA.

Tabla N° 11: Conocimiento sobre citología de la población en estudio.

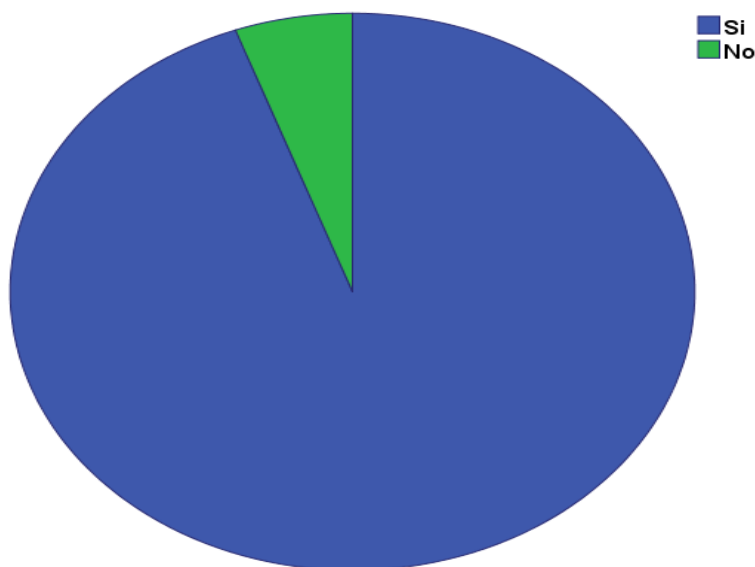
¿Conoce usted qué es citología?	Frecuencia	Porcentaje
Si	153	94.4
No	9	5.6
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Sobre el conocimiento que poseen en el tema de citología en las mujeres que consultaron en las unidades de salud en estudio, el 94.4% manifestó que si conoce que es citología y el 5.6% respondió el no saberlo como lo muestra la tabla número 11.

**INTERPRETACIÓN:** El mayor porcentaje de mujeres respondió que si conoce que es la citología, con lo cual se puede deducir que, si existe un buen nivel de conocimientos en la población en estudio, pese a ello existe un porcentaje que respondió no saber de qué se trata la citología, es este grupo que como conoce que es la citología en el que se debe hacer un mayor énfasis para la educación en salud sobre el tema.

Gráfico N°8: Conocimientos sobre citología de la población en estudio.



Fuente: Datos de tabla número 11.

Tabla N° 12: Conocimiento sobre el sitio anatómico donde se toma la citología.

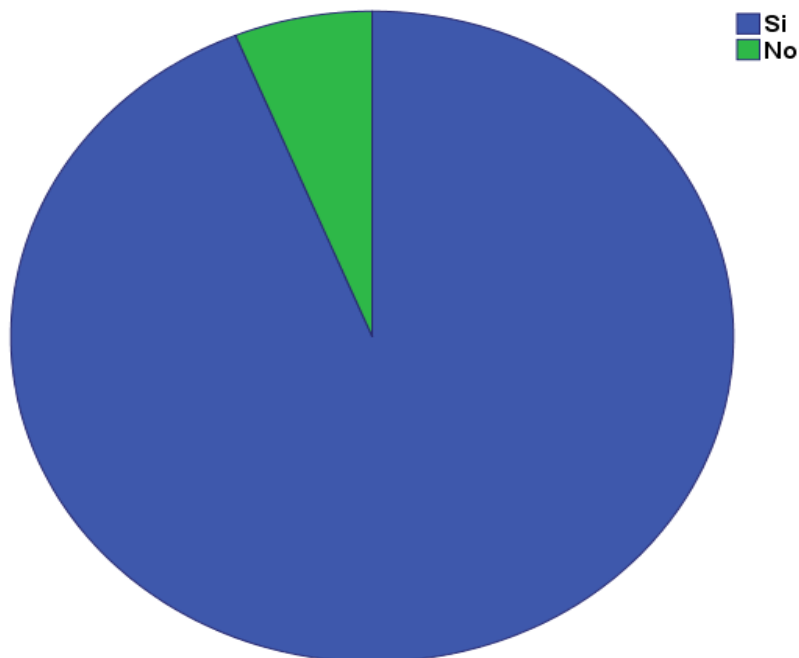
¿Sabe de dónde se obtiene la muestra?	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	93.8
No	10	6.2
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** De las usuarias entrevistadas, 152 respondieron que si saben de dónde se toma la muestra lo que corresponde al 93.8% de la población en estudio y 10 respondieron que no conocen de donde se toma la muestra, lo que corresponde a un 6.2% del porcentaje total. Como lo muestra la tabla número 12.

**INTERPRETACIÓN:** En general podemos deducir que la mayoría de la población femenina en estudio conoce de donde se toma la muestra para citología, el porcentaje que no conoce es mucho menor. Aunque si se compara el número de mujeres que respondieron si conocer de dónde se toma con aquellas respuestas sobre el sitio específico de toma, encontramos que los conocimientos no concuerdan, ya que el porcentaje de desaciertos en las respuestas es muy alto.

Gráfico N°9: Conocimientos sobre el sitio anatómico donde se toma la citología.



Fuente: Datos de tabla número 12.

Tabla No 13: Sitio de obtención de la muestra para citología.

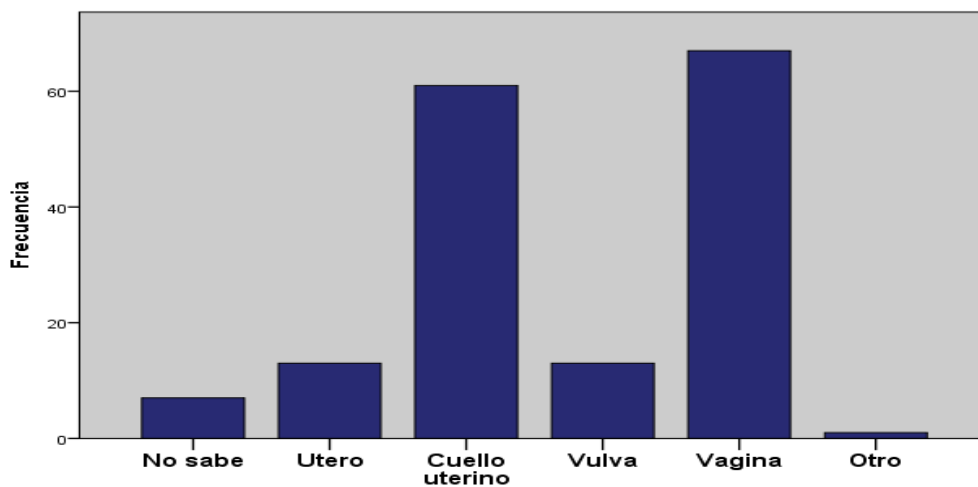
Sitio de toma de citología	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	7	4.3
Útero	13	8.0
Cuello Uterino	61	37.7
Vulva	13	8.0
Vagina	67	41.4
Otro	1	0.6
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Al preguntar a las usuarias de las unidades de salud en estudio sobre el sitio específico de toma de la citología, el 41.4% respondió que se toma de la vagina, el 37.7% del cuello uterino, el 8% consideró que toma la muestra del útero, un 8% respondió que se toma de la vulva, un 4.3% respondió no saber y un 0.6% manifestó que se toma de un lugar distinto a los mencionados. Como lo muestra la tabla número 13.

**INTERPRETACIÓN:** El mayor porcentaje de la población tiene un conocimiento erróneo sobre el sitio de toma de la citología al creer que se toma de la vagina, seguido por el porcentaje que acierta en el sitio de toma, el porcentaje menor lo representan aquella quien cree que se toma de un sitio distinto a los que se le mencionó. Con estos datos podemos deducir que la mayor proporción de la población no conoce el sitio real de donde se toma la muestra y que, aunque creen conocer de dónde se toma la citología en su mayoría, este conocimiento es erróneo.

Gráfico N°10: Sitio de obtención de la muestra para citología.



Fuente: Datos de tabla número 13.

Tabla No 14: Conocimiento sobre la frecuencia de la toma de citología.

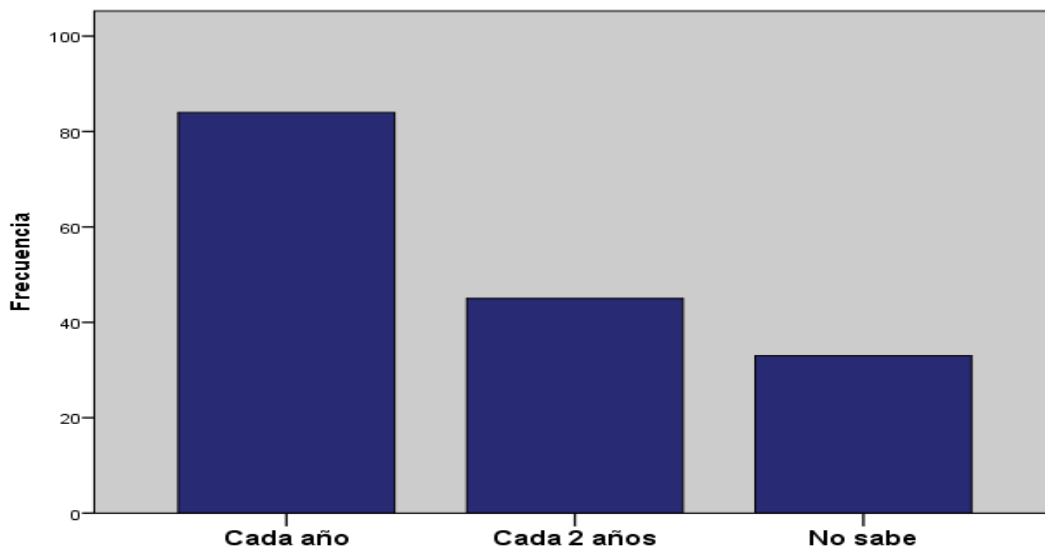
Conoce sobre frecuencia de citología	Frecuencia	Porcentaje
Cada año	84	51.9
Cada 2 años	45	27.8
No sabe	33	20.4
Total	162	100.0

Fuente: Cédula de entrevista aplicada a población en estudio.

**ANÁLISIS:** Al indagar sobre conocimientos sobre frecuencia de toma de citología en mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio, 84 mujeres que corresponde el 51.95 respondió que debe realizarse cada año, 45 mujeres respondieron que debe tomarse cada 2 años lo que corresponde al 27.8% y 33 de ellas que corresponden al 20.4% respondieron no saber. Como lo muestra la tabla número 14.

**INTERPRETACIÓN:** El mayor porcentaje de mujeres en estudio sigue manteniendo el intervalo establecido en lineamientos ministeriales ya derogados, es decir que la citología debe ser realizada cada año, menor es el porcentaje que conoce realmente el intervalo establecido por las guías actuales que es cada 2 años, menor, aunque significativo es el número de mujeres que no conoce el intervalo. Conocer esto es importante ya que es un punto importante a trabajar en la educación para la salud sobre el tema.

Gráfico No 11: Conocimiento sobre la frecuencia de la toma de citología.



Fuente: Datos de tabla número 14.

Tabla N° 15: Conocimiento sobre complicaciones al momento de toma de la citología.

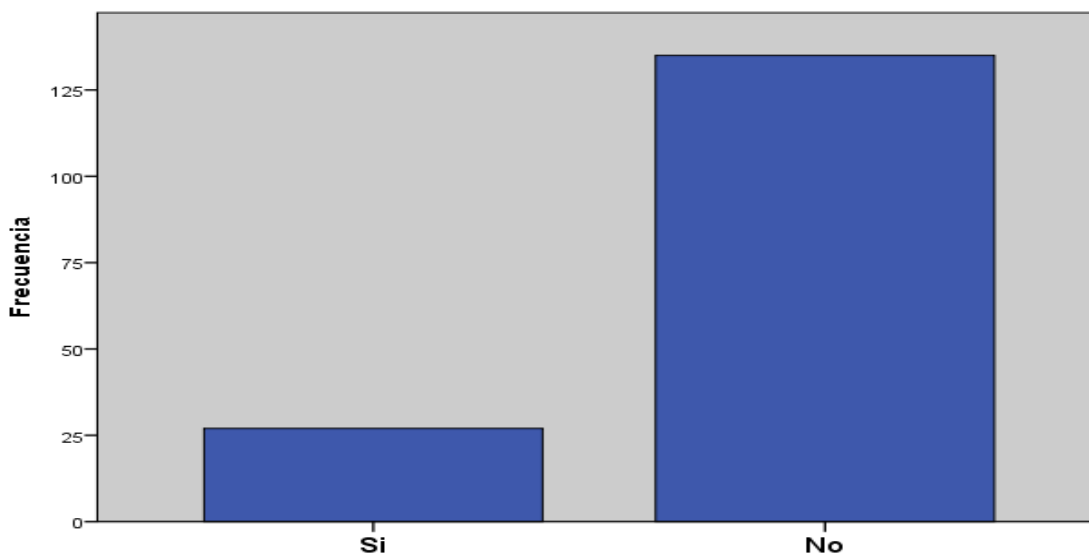
¿Conoce usted si existe alguna complicación al tomarse la citología?	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	17,2
No	134	82,7
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** En la presente tabla se evalúa la respuesta que las usuarias entrevistadas dieron con respecto a si conocen o no de complicaciones al momento de la toma de la citología, 17.2% han respondido que si conocen sobre complicaciones frente a un 82,7% que dijeron no conocer complicación alguna.

**INTERPRETACIÓN:** En las respuestas obtenidas se puede evidenciar que la mayor parte de usuarias respondieron que no conocen complicaciones al momento de toma de citología cérvico vaginal, lo que evidencia que estas usuarias no han tenido una mala experiencia en cuanto al procedimiento lo que es favorable dado que es un factor que contribuye a que éstas usuarias no discontinúen el tamizaje. El bajo porcentaje que han respondido que si hay complicaciones refleja posibles malas experiencias en cuanto al procedimiento o a menor información con respecto a éste.

Gráfico N° 12: Conocimiento sobre complicaciones al momento de toma de la citología.



Fuente: Datos de tabla número 15.

Tabla N° 16: Complicaciones al momento de tomar la citología.

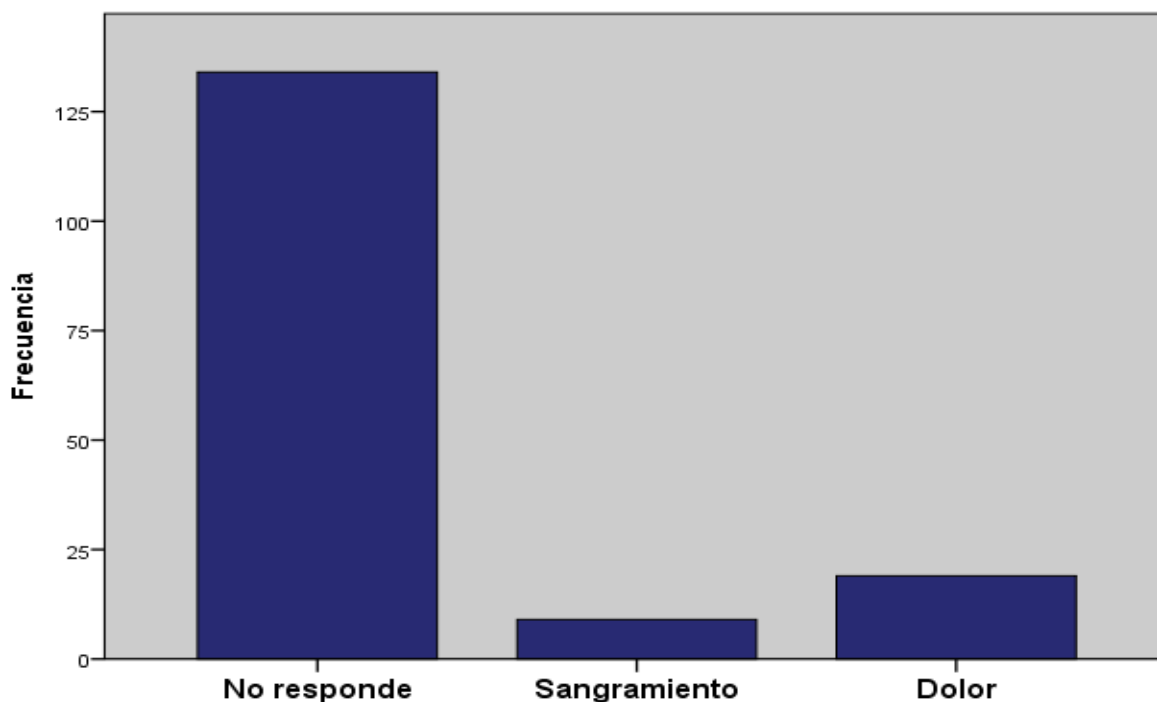
Complicación	Frecuencia	Porcentaje
No responde	134	82,7
Sangrado	9	5,6
Dolor	19	11,7
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** La mayoría de usuarias entrevistadas, 82,7% corresponde a las usuarias que respondieron que no conocen complicación alguna al momento de toma de citología cérvico vaginal frente a un 5,6% de usuarias que respondieron que una de las complicaciones es el sangrado. 11,7% respondieron que dolor es una complicación del procedimiento.

**INTERPRETACIÓN:** Los datos recolectados con respecto al conocimiento de complicaciones relacionados con la toma de citología cérvico vaginal es satisfactorio evidenciar que el mayor porcentaje de usuarias conoce que no existen complicaciones lo que favorece a que disminuyan los temores con respecto a esta prueba. La menor parte considera que el dolor y sangrado son complicaciones presumiblemente a experiencias asociadas a una mala técnica, instrumentación inadecuada o infecciones concomitante en el momento de la toma, lo que puede, de cierta forma, provocar molestias o sangrados.

Gráfico N°13: Complicaciones al momento de tomar la citología.



Fuente: Datos de tabla número 16.



Tabla N° 17: Conoce la importancia de tomarse la citología.

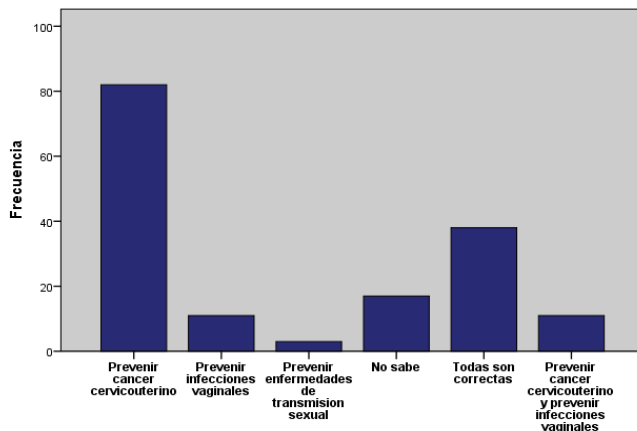
Importancia de la toma de citología	Frecuencia	Porcentaje
Prevenir cáncer cérvico uterino	82	50,6
Prevenir infecciones vaginales	11	6,8
Prevenir enfermedades de transmisión sexual	3	1,9
No sabe	17	10,5
Todas son correctas	38	23,5
Prevenir cáncer cérvico uterino y prevenir infecciones vaginales	11	6,8
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** La tabla número 17 muestra los datos obtenidos en cuanto al conocimiento de por qué es importante la toma de la citología. 50,6% han respondido que prevenir el cáncer cérvico uterino, 23,5% han respondido todas las opciones disponibles, 10,5% respondieron que no saben, 6,8% respondieron que prevenir infecciones vaginales; otro 6,8% que prevenir cáncer cérvico uterino y prevenir infecciones vaginales. Sólo 1,9% respondió prevenir infecciones de transmisión sexual.

**INTERPRETACIÓN:** De la tabla N°17 podemos observar que el mayor porcentaje de usuarias encuestadas conocen que la prevención del cáncer cérvico uterino es la razón de ser de la prueba, un 80,9% sumando a las usuarias que hayan elegido únicamente esa opción en la encuesta, que hayan respondido de forma simultanea que prevenir infecciones vaginales o que hayan elegido todas las opciones. Un menor porcentaje, 19.1%, refiere no conocer la importancia de la prueba, sumando a quienes respondieron que no saben y a quienes consideran que prevenir infecciones vaginales o de transmisión sexual constituye la importancia de la prueba. Es bueno saber que la mayor parte sí conoce el porqué de la prueba, porque esto favorece o motiva a optar por esta opción de tamizaje.

Gráfica N°14. Conoce la importancia de tomarse la citología



Fuente: Tabla número 17.

Tabla N° 18: Pacientes que han recibido información sobre la citología.

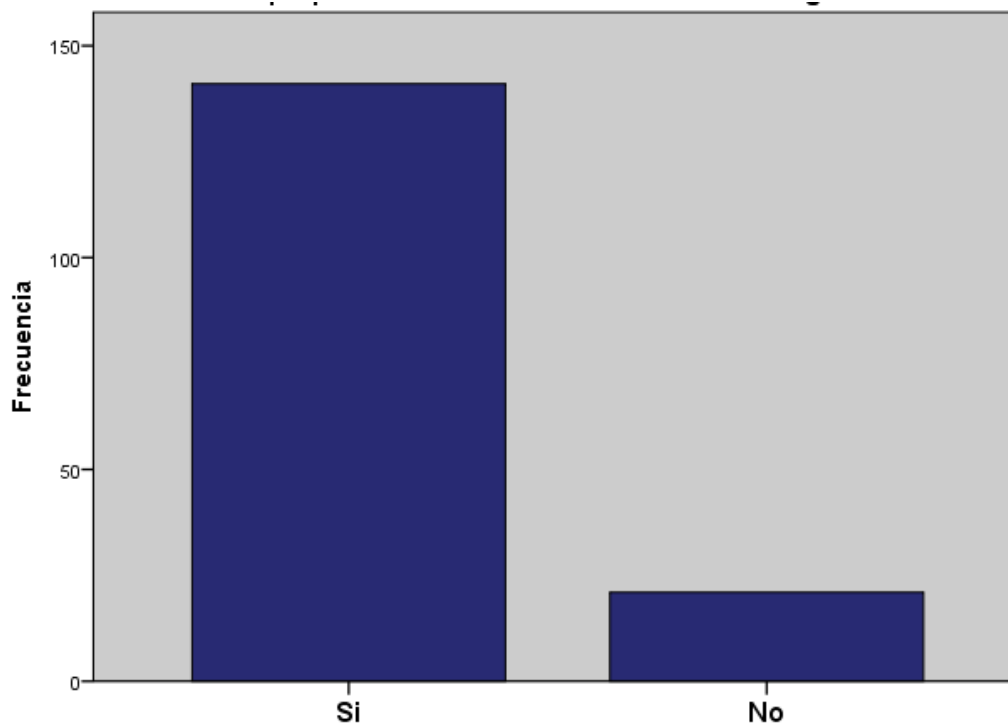
Le han proporcionado información sobre la citología	Frecuencia	Porcentaje
Si	141	87,0
No	21	13,0
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Con respecto a la interrogante que se realizó a las usuarias sobre si han recibido información sobre la citología un 87% ha respondido que si han recibido información frente al 13% que refieren en ninguna ocasión se les ha brindado alguna información.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de usuarias refieren que se les ha brindado información, esto se relaciona de cierta forma a que conocen cuál es la importancia de la citología, aunque ese dato no necesariamente se relacione con la práctica. La menor parte encuestadas refiere que en ningún momento han recibido información sobre la citología lo que se relaciona a que no conozcan la importancia de esta prueba.

Gráfico N°15: Pacientes que han recibido información sobre la citología.



Fuente: Tabla número 18.

Tabla N°19: Fuente de información sobre citología.

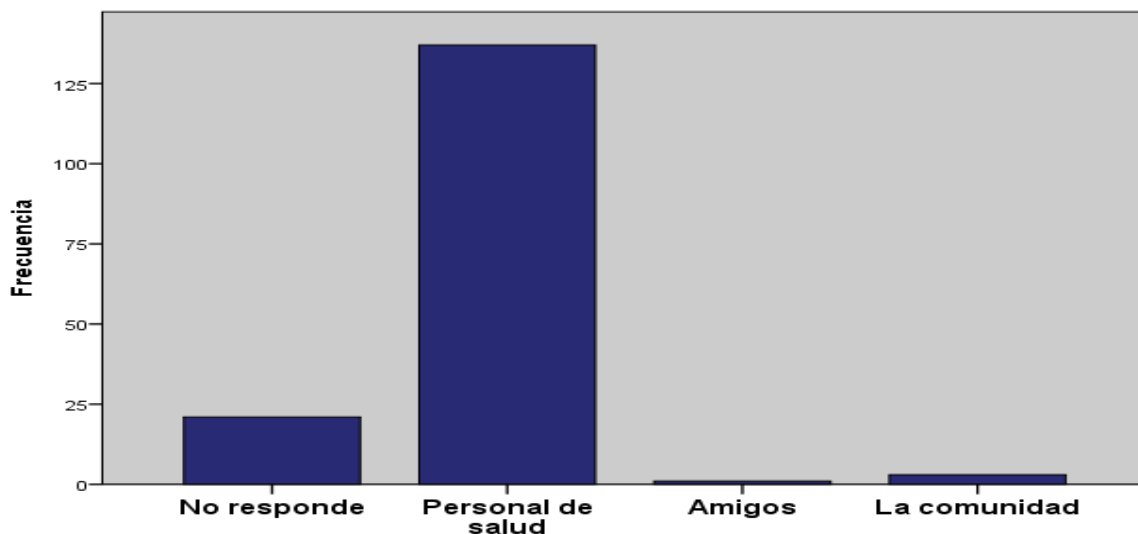
Fuente de información sobre la citología	Frecuencia	Porcentaje
No responde	21	13,0
Personal de salud	137	84,6
Amigos	1	0,6
La comunidad	3	1,9
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Sobre la pregunta si ha recibido información sobre la citología se detallan en el cuadro número 19 las respuestas que se obtuvieron 84% de usuarias contestaron que la información que se les ha brindado es por parte del personal de salud, 1,9% han recibido información de la comunidad y 0,6% les ha llegado la información por medio de amistades. El 13% restante corresponde a las pacientes que no han recibido información.

**INTERPRETACIÓN:** El mayor porcentaje de las pacientes que en un inicio refirieron haber recibido información sobre la citología corresponde a quienes la han recibido por parte del personal de salud, esto es favorable dado que se ha obtenido información de una fuente confiable y oficial lo que favorece a se aclaren dudas con respecto a este procedimiento y por ende mejoren las prácticas. El menor porcentaje corresponde a quienes han obtenido información en la comunidad o por medio de amistades y que ésta no siempre es la correcta solo contribuye a aumentar, muy probablemente, los mitos y miedos que se generan en torno a este procedimiento lo que de forma negativa repercute en las prácticas de las usuarias.

Gráfica N°16: Fuente de información sobre citología.



Fuente: Tabla N°19.

Tabla N° 20: Conocimiento sobre la edad de inicio de la toma de citología.

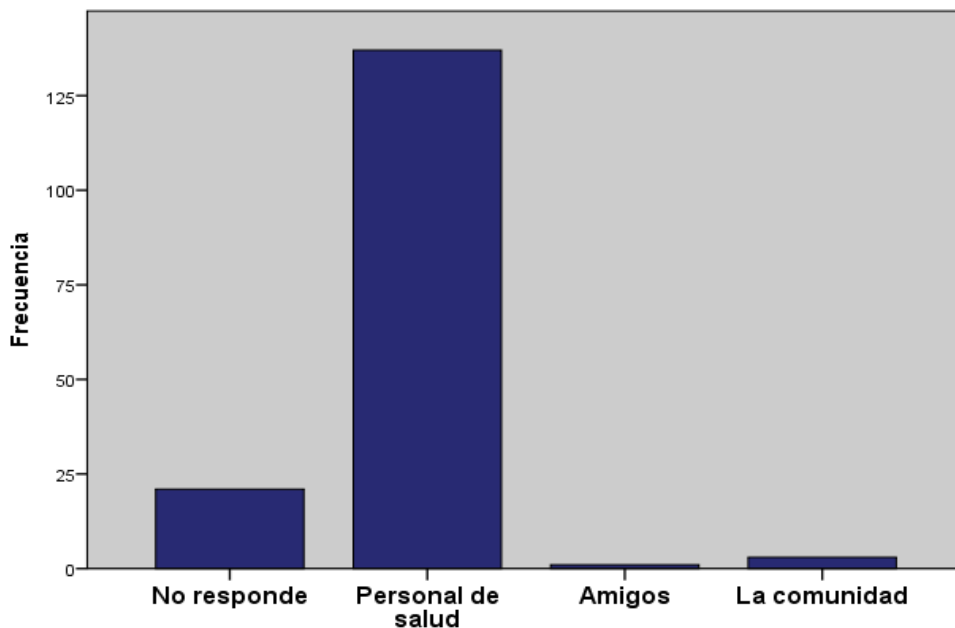
Conoce en qué momento se debe iniciar la toma de citología	Frecuencia	Porcentaje
Al iniciar relaciones sexuales	89	54,9
A cualquier edad	5	3,1
Al quedar embarazada	20	12,3
No sabe	48	29,6
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** La información contenida en la tabla número 20 revela los datos con respecto al conocimiento que tienen las usuarias encuestadas en cuanto a qué edad se debe iniciar con la toma de citología. 54,9% ha respondido que, al iniciar relaciones sexuales, 29,6% refiere no saber a qué edad se debe iniciar, 12,3% refieren que al quedar embarazada y finalmente un 3,1% respondieron que a cualquier edad.

**INTERPRETACIÓN:** Poco más de la mitad de encuestas (54,9%) conocen que la edad de inicio de la toma de citología es cuando se inician las relaciones sexuales, esto se asocia a un mayor porcentaje de usuarias que han recibido información por parte del personal de salud. A pesar de ser mayoría un buen porcentaje no conocen en qué momento es recomendado iniciar a realizarse esta prueba.

Gráfico N° 17: Conocimiento sobre la edad de inicio de la toma de citología.



Fuente: Tabla N°20

Tabla N° 21: Conocimiento de cuidados previos a la toma de la citología.

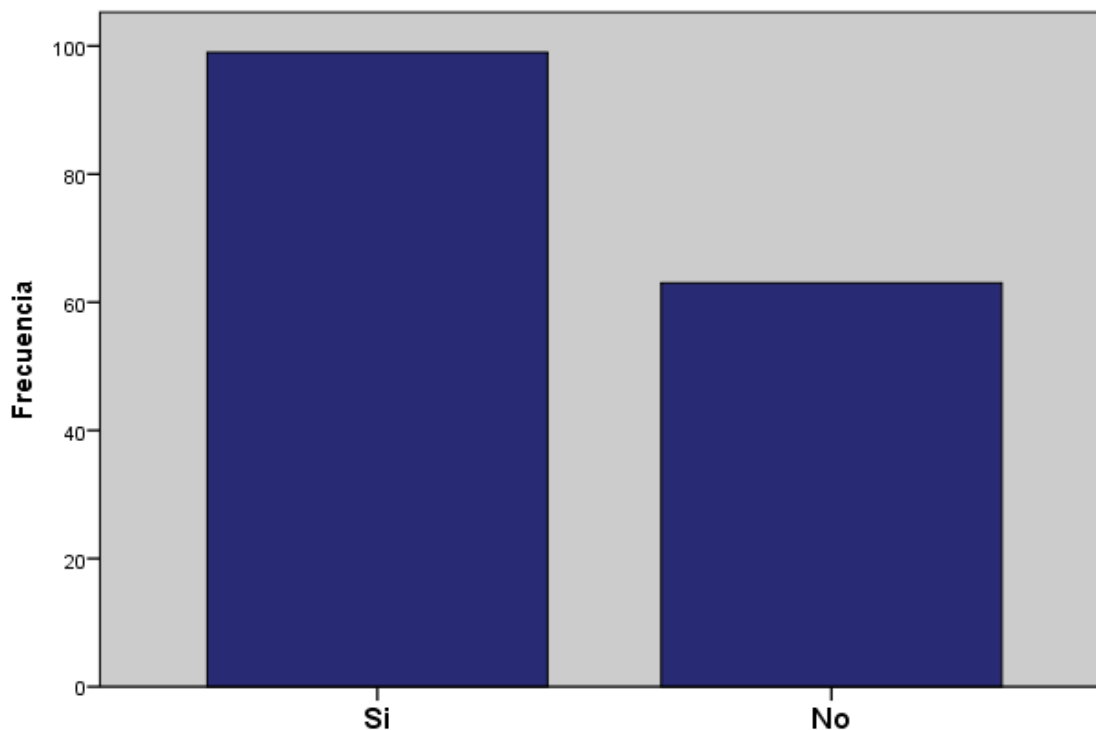
Conoce qué tipo de cuidados se debe tener los días previo a la toma de citología	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	61,1
No	63	38,9
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Con respecto a la información contenida en la tabla número 21 sobre el conocimiento de cuidados previo a la toma de citología, las usuarias han respondido en un 61,1% que si conocen sobre los cuidados frente a un 38.9% que no saben.

**INTERPRETACIÓN:** Un mayor porcentaje de usuarias encuestadas han respondido sobre que si conocen cuidados previos a la toma de citología, esto favorece a que se presten las condiciones favorables para una correcta toma, procesamiento e interpretación de resultados. La menor parte de usuarias no conocen sobre los cuidados previos a la toma de la citología.

Gráfica N°18: Conocimiento de cuidados previos a la toma de la citología.



Fuente: Tabla número 21.

Tabla N° 22: Cuáles cuidados deben tenerse previo a la toma de citología.

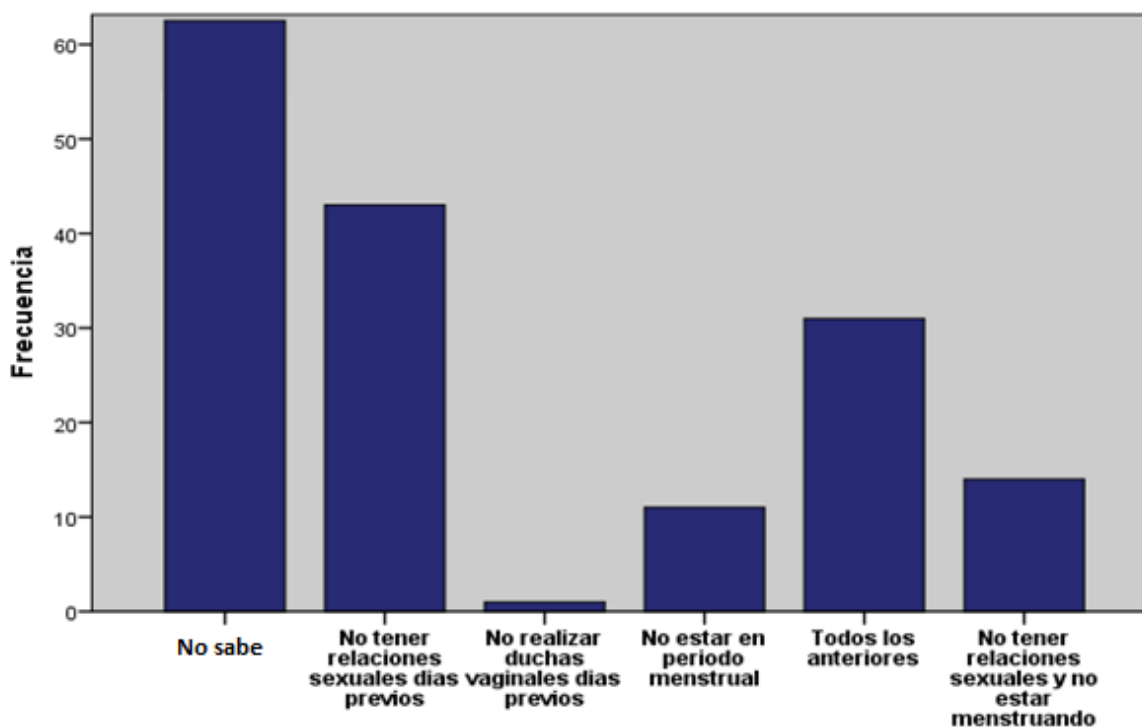
Si su repuesta fue si, cuales cuidados se debe tener	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	62	38.2
No tener relaciones sexuales días previos	43	26,5
No realizar duchas vaginales días previos	1	0,6
No estar en periodo menstrual	11	6,8
Todos los anteriores	31	19,1
No tener relaciones sexuales y no estar menstruando	14	8,6
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** La tabla número 22 revela los datos de las usuarias que respondieron que si saben qué cuidados se deben tener previo a la toma de citología. 38.2% no sabe, 26.5% no tener relaciones sexuales, 19.1% han respondido que todas las anteriores, 8.6% no tener relaciones sexuales y no estar menstruando. Solo el 0.6% respondió que no realizar duchas vaginales días previos.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede ver que la mayoría de pacientes conoce, aunque en forma parcial los cuidados que deben tenerse previo a la toma de citología, solo un pequeño porcentaje, 19.1%, conocen la totalidad de cuidados.

Gráfico N° 19: Cuáles cuidados deben tenerse previo a la toma de citología.



Fuente: Tabla número 22.

Tabla N° 23: Cuáles mujeres deben realizarse la citología.

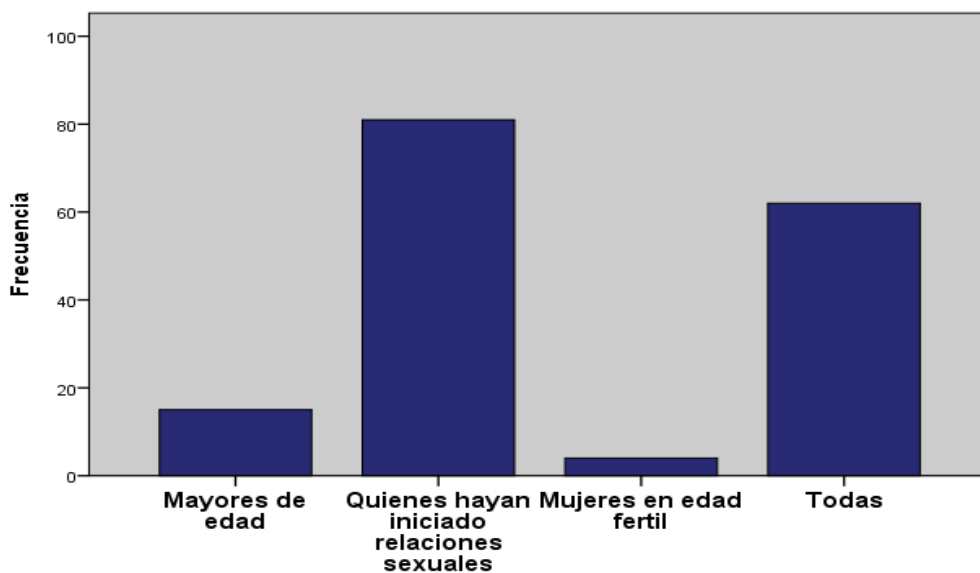
Cuales mujeres deben tomarse la prueba	Frecuencia	Porcentaje
Mayores de edad	15	9,3
Quienes hayan iniciado relaciones sexuales	81	50,0
Mujeres en edad fértil	4	2,5
Todas	62	38,3
Total	162	100,0

FUENTE: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** En la tabla N°23 se muestran los resultados en cuanto al conocimiento de las usuarias encuestadas sobre quiénes deben tomarse la citología. 50% respondieron que aquellas mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales, 38,5% han respondido que todas las mujeres, 9,3% han respondido que solo quienes sean mayores de edad y 2,5% respondieron que quienes deben iniciar con la toma de citología son aquellas mujeres en edad fértil.

**INTERPRETACIÓN:** La mitad de usuarias encuestadas conoce que las mujeres candidatas a iniciar la toma de citología son aquellas que han iniciado relaciones sexuales, la otra mitad desconoce. Esto es un dato desfavorable dado a que el no conocer qué pacientes cumplen criterio impide que las usuarias acudan a tomar la citología en el momento oportuno.

Gráfico N° 20: Cuáles mujeres deben realizarse la citología.



Fuente: Tabla número 23.

Tabla N° 24: Se ha realizado en alguna ocasión la citología

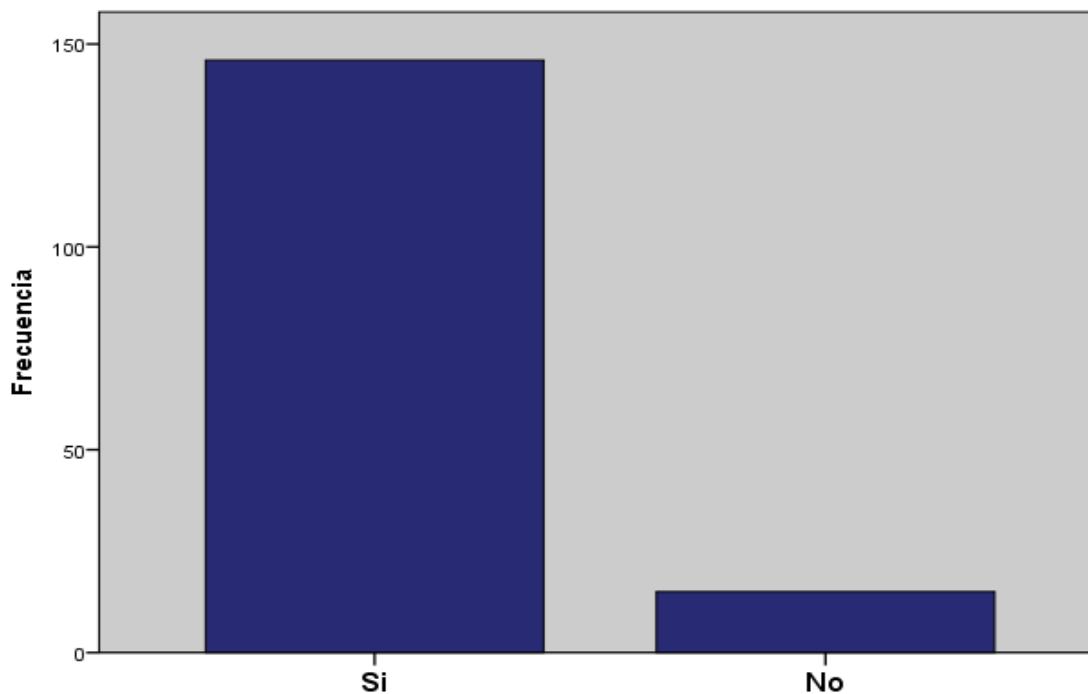
¿Se ha realizado en alguna ocasión la citología?	Frecuencia	Porcentaje
Si	147	90,7
No	15	9,3
Total	162	100,0

Fuente: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Sobre si las usuarias se han realizado en alguna ocasión la citología las respuestas obtenidas han sido un 90,7% que ha respondido que sí, frente a un 9,3 que ha respondido que ninguna vez se ha realizado la citología.

**INTERPRETACIÓN:** Es satisfactorio en un primer momento observar que la mayoría de las encuestadas refieren haberse tomado en alguna ocasión, como mínimo, la citología. Es temprano sacar conclusiones sobre buenas o malas prácticas en base a este dato, dado que, por ejemplo; puede ser que mayor parte de las usuarias solo se la hayan realizado en una ocasión o han descontinuado, pero han respondido que sí.

Gráfico N°21: Se ha realizado la citología en alguna ocasión.



Fuente: Tabla número 24.



Tabla N° 25: Quién prefiere le realice la citología.

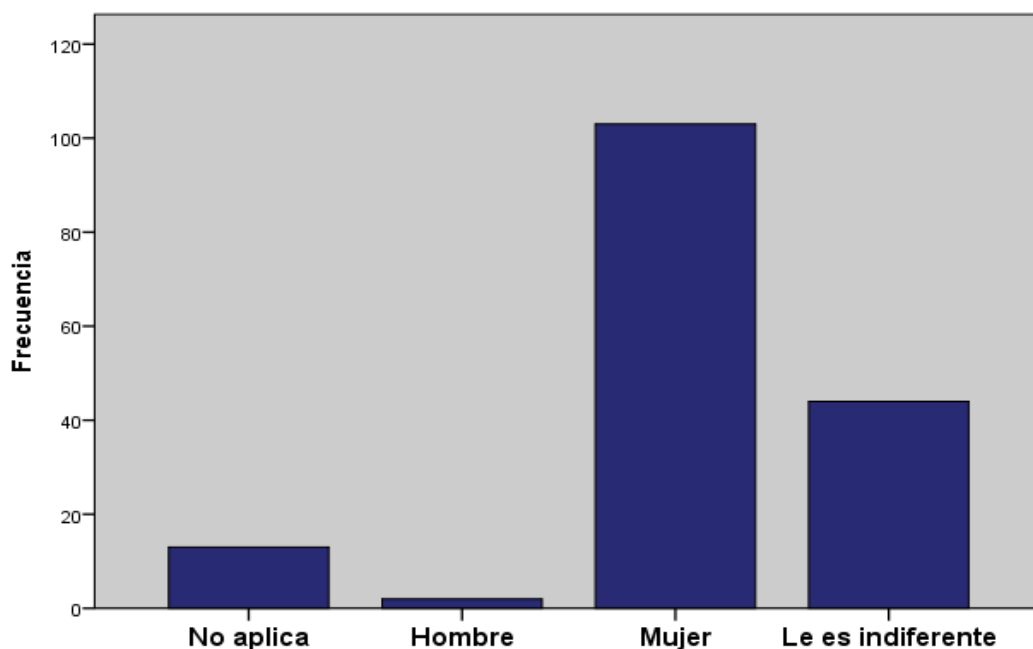
Quien prefiere le realice la citología	Frecuencia	Porcentaje
No responde	15	9,3
Hombre	2	1,2
Mujer	101	62,3
Le es indiferente	44	27,2
Total	162	100,0

Fuente: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Se les realizó la pregunta sobre quién prefiere que les tome la prueba, haciendo referencia al sexo del personal de salud, un 62,3% prefieren que sea una mujer, 27,2% les es indiferente el sexo. Quienes prefieren sea hombre representa el 1.2%. 9.3% corresponde a aquellas mujeres que nunca se han realizado la citología.

**INTERPRETACIÓN:** Es comprensible observar que la mayoría de usuarias prefiere que sea una persona de su mismo sexo quien realice la prueba, esto se explica por cuestiones culturales arraigadas en nuestra población. Solo casi una tercera parte han respondido que les es indiferente, demostrando que la importancia radica en realizarse la prueba y no quien la realice.

Gráfica N°22: Quién prefiere le realice la citología.



Fuente: Tabla número 21.

Tabla N° 26: Lugar donde se realiza la citología.

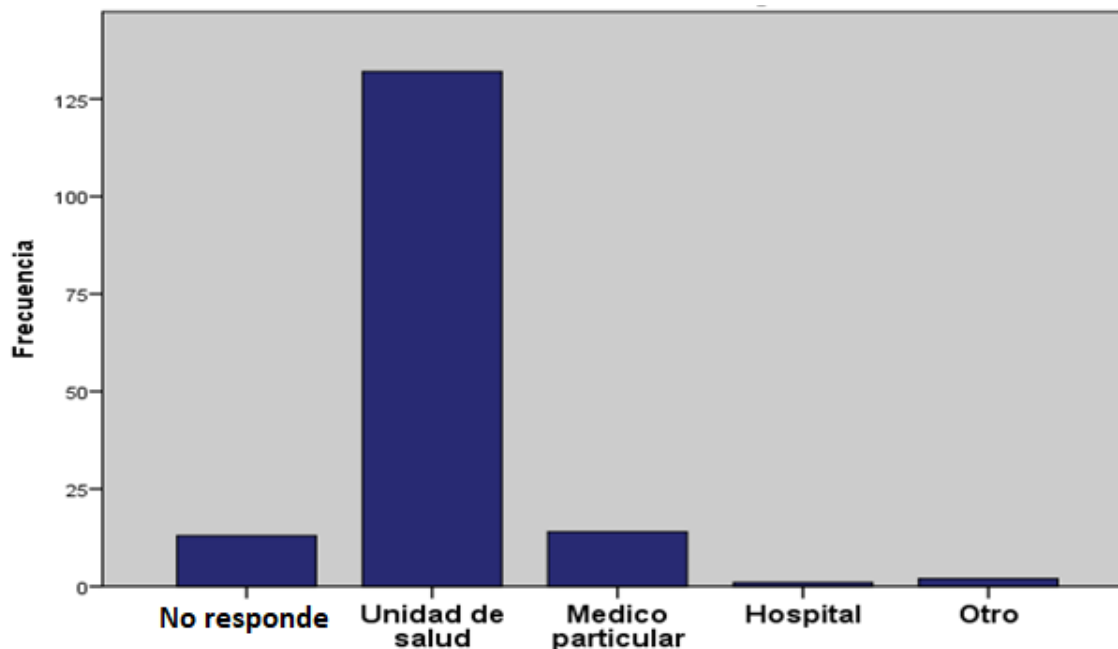
Lugar donde se realiza la citología	Frecuencia	Porcentaje
No responde	16	8,0
Unidad de salud	130	81,5
Medico particular	12	8,6
Hospital	1	0,6
Otro	2	1,2
Total	162	100,0

Fuente: cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** La tabla N°23 muestra los datos con respecto al lugar o establecimiento donde las usuarias se realizan la citología. El mayor porcentaje 81,5% en la unidad de salud, 8,6% con médico particular, 8% corresponde a las usuarias que no se han realizado la citología, han respondido otro el 1.2% y un porcentaje de 0.6% respondieron que en el hospital.

**INTERPRETACIÓN:** La mayor parte de usuarias refieren que se realizan la citología en la unidad de salud, esto se debe a que las pacientes encuestadas son las usuarias de la unidad de salud, sin embargo, hay un porcentaje mayor que prefieren acudir con médico particular u otro establecimiento. Un mínimo porcentaje acude al hospital, esto porque hay pacientes quienes siguen controles en el segundo nivel para seguimientos por situaciones específicas.

Gráfico N°23. Lugar donde se realiza la citología.



Fuente: Tabla número 26.

Tabla N° 27: Mujeres a las que interesa conocer más sobre citología:

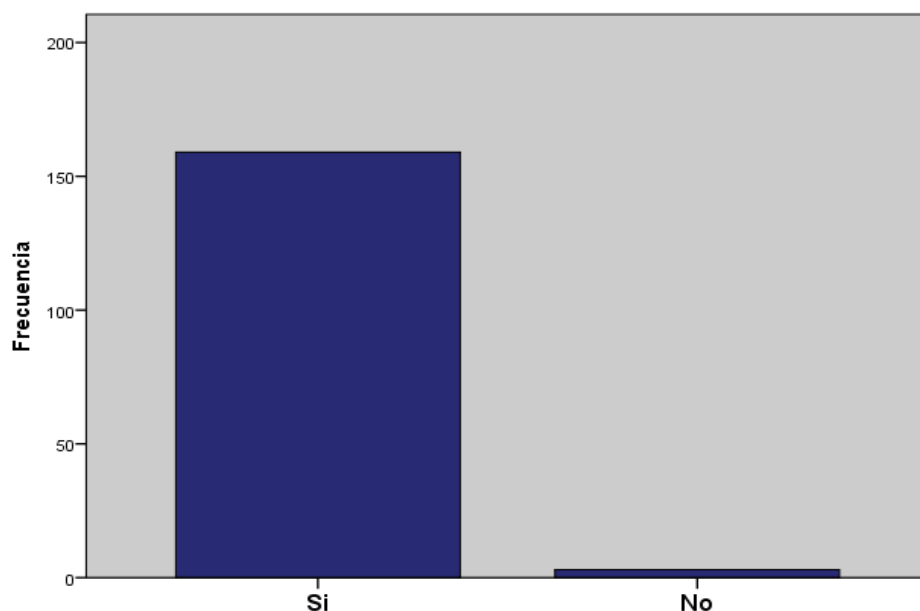
¿Le interesa conocer más sobre citología?	Frecuencia	Porcentaje
Si	159	98.1
No	3	1.9
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Del total de entrevistadas el 98.1% contestó que, si desea conocer más acerca de la citología en cambio un pequeño porcentaje, el 1.9% respondió que no necesitan conocer más acerca de la citología, como se muestra en la tabla número 27.

**INTERPRETACIÓN:** En respuesta a la interrogante de si desea conocer más acerca de la citología, la mayoría de mujeres si desea conocer de la citología un pequeño porcentaje manifestó que no le interesa conocer acerca de ella

Grafica N°24: Mujeres a las que interesa conocer más sobre citología:



Fuente: Tabla número 27.

Tabla N°28: Tiene Planeado cuando se tomará la citología:

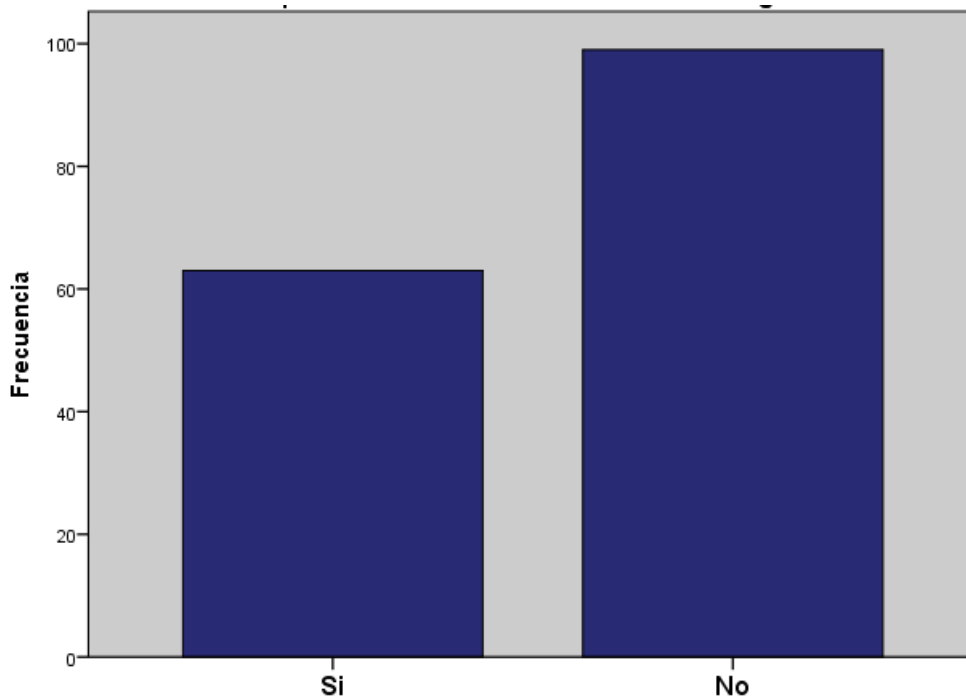
¿Ya tiene planeado cuando va a tomarse la citología?	Frecuencia	Porcentaje
Si	63	38.9
No	99	61.1
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** De la población femenina entrevistada un 38.9% tiene planeado cuando se realizará la citología, un porcentaje aún mayor 61.1% no tienen planeado cuando se realizará la citología, como muestra la tabla número 28.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede evidenciar que un porcentaje alto 61.1% no tiene planeado cuando se realizara la citología, es menor el porcentaje de las mujeres que tienen planeado cuando se la realizara, esto evidencia el tipo de actitudes de las mujeres que se realizan la citología.

Grafica N°25: Tiene Planeado cuando se tomará la citología:



Fuente: Tabla número 28.

Tabla N°29: Frecuencia de toma de citología:

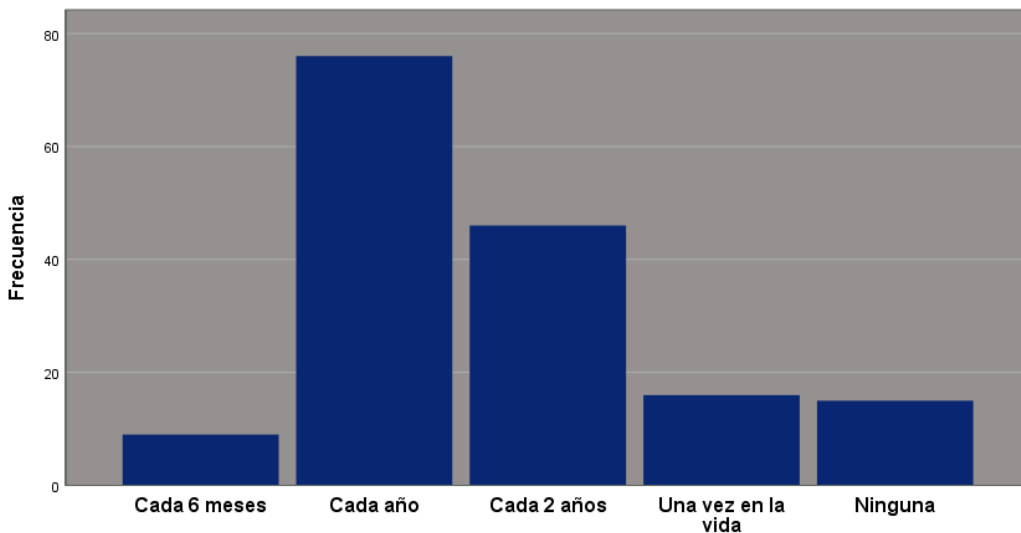
¿Con cuanta frecuencia se toma usted la citología?	Frecuencia	Porcentaje
Cada 6 meses	9	5.6
Cada año	76	46.9
Cada 2 años	46	28.4
Una vez en la vida	16	9.9
Ninguna	15	9.3
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** De la población femenina entrevistada un 46.9% se realiza la citología cada año, el 9.3% no considera ninguna de las opciones incluyendo en este grupo a las que nunca se la han realizado, el 28.4% manifiestan que cada dos años, el 9.3% se ha tomado la citología una vez en la vida y solo el 5.6% refieren que se la toman cada seis meses. Como se muestra en la tabla número 29.

**INTERPRETACIÓN:** La frecuencia con que las entrevistadas se realizan la citología la mayoría tiene conocimiento de cada cuanto tiempo es adecuado realizarse la citología, pero aún hay una mínima cantidad que cree que solo se debe hacer una vez en la vida, esto podría deberse a la poca información que recibe la población sobre este examen.

Tabla N°26: Frecuencia de toma de citología:



Fuente: Tabla número 29.

Tabla N° 30: Razón por la cual no se ha realizado la citología.

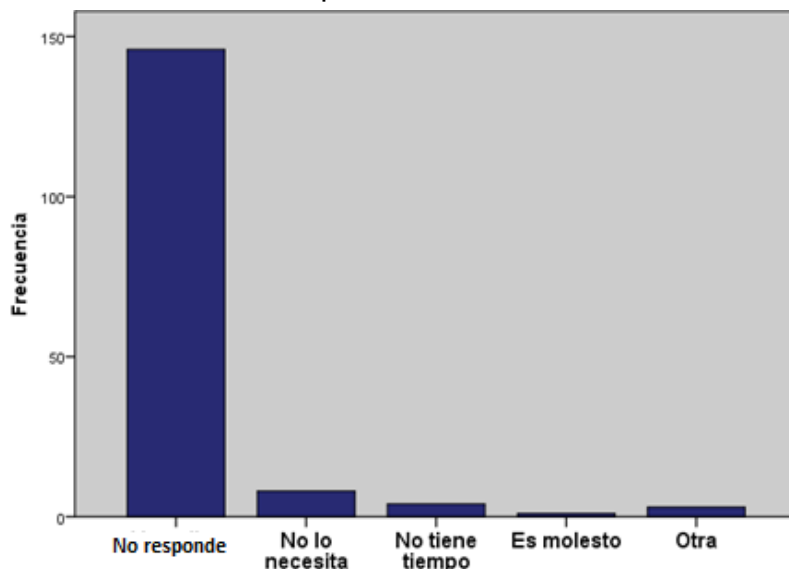
En caso de no habérsela tomado nunca. ¿Porque no lo ha hecho?	Frecuencia	Porcentaje
No responde	146	90.1
No lo necesita	8	4.9
No tiene tiempo	4	2.5
Es molesto	1	0.6
Otra	3	1.9
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Del total de entrevistadas el 90.1% no contesto alguna causa de no habérsela hecho este porcentaje corresponde a las mujeres que ya se han realizado la citología alguna vez, el 4.9% respondió que no lo necesitan, un 2.5% manifestó que no tiene tiempo; dentro de otras causas que representa el 1.9% mencionaron que les daba pena, no sabía que tenía que hacerla, mi esposo no quiere que me la haga, el 0.6% respondió que es molesto, como se muestra en la tabla número 30.

**INTERPRETACIÓN:** En respuesta a la interrogante de que por qué razón no se ha realizado la citología la mayoría se la han realizado por lo que no respondieron a la pregunta, mientras el otro mínimo porcentaje son aquellas que nunca se la han realiza por distintos factores, pero es de mucha importancia el que la mayoría de mujeres no contesto eso refleja que aunque no tenga un conocimiento acertado sobre el tema si lo practican, lo que le da respuesta a una parte del tema en estudio sobre la práctica que tiene la población en estudio.

Grafico N° 27: Razón por la cual no se ha realizado la citología.



Fuente: Tabla N°27.

Tabla N° 31: Mujer que regresa por el resultado de la citología.

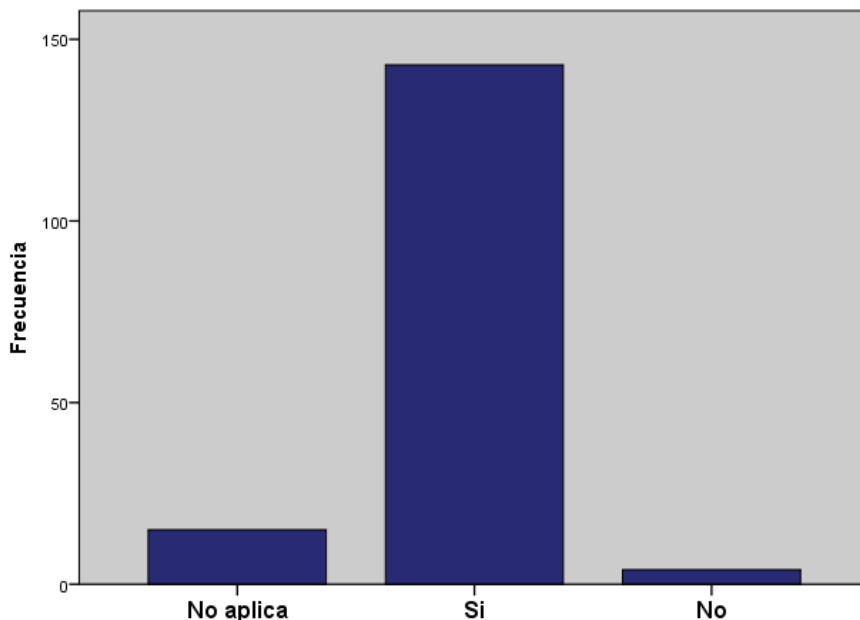
¿Regresa usted por el resultado de la citología?	Frecuencia	Porcentaje
No respondió	15	9.3
Si	143	88.3
No	4	2.5
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Al interrogar a la población en estudio sobre si regresa al establecimiento de salud para conocer el resultado de su citología el 88.3% respondió que, si regresa, el 9.3% no contesto y el 2.5% manifestó que no regresan por el resultado. Como se muestra en la tabla número 31.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de las entrevistadas (88.3%) regresan por el resultado de su citología, aún existe un mínimo porcentaje que no regresan (2.5%); esto puede asociarse a que no le dan importancia al examen podría ser por la poca información y/o educación que reciben y se hacen el examen aprovechando que están en la unidad o por solicitud expresa del personal de salud no les explican ni detallan en que consiste, cuál es su importancia.

Grafico N°28. Mujer que regresa por el resultado de la citología.



Fuente: Tabla número 31.

Tabla N°32: Última toma de citología:

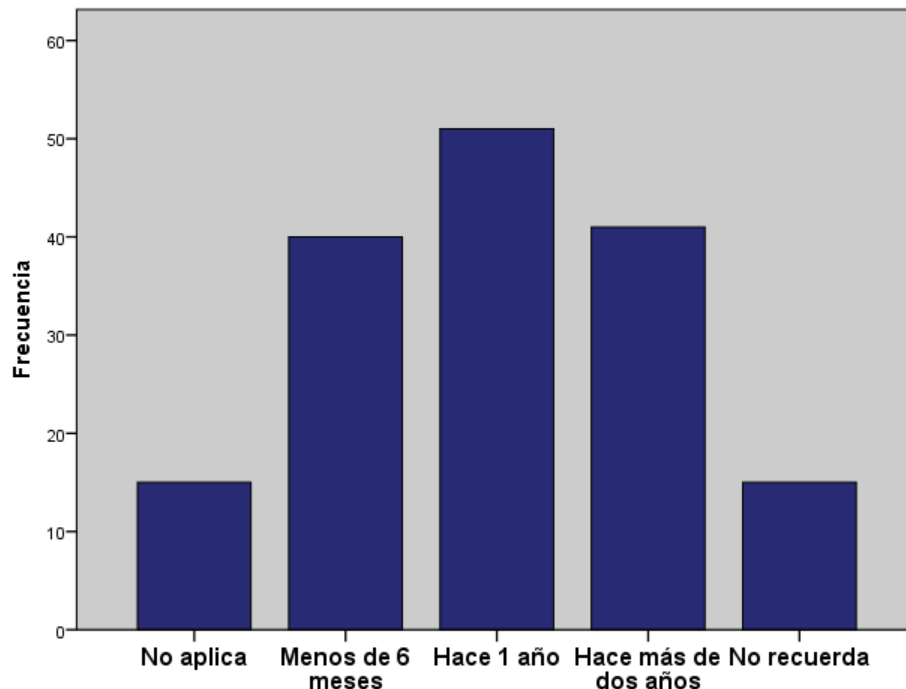
¿Cuándo se tomó por última vez la citología?	Frecuencia	Porcentaje
No respondió	15	9.3
Menos de 6 meses	40	24.7
Hace 1 año	51	31.5
Hace más de dos años	41	25.3
No recuerda	15	9.3
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Según el resultado de la interrogante de que cuando se tomó por última vez la citología el 9.3% no recuerda, 24.7% respondió que hace menos de 6 meses, el 31.5% manifestaron que hace un año, un 25.3% respondió que hace más de dos años y el 9.3% no recuerda la última vez que se tomó la citología, el porcentaje restante 9.3% es de personas que nunca se han realizado la citología. Como se muestra en la tabla número 32.

**INTERPRETACIÓN:** Con respecto a cuándo fue la última vez que se realizaron la citología las entrevistadas la mayoría se la han realizado entre 6 meses a un año, el porcentaje que no respondió son aquellas mujeres que nunca se la han hecho, eso significa que en actitud también la población estudio se encuentra relativamente bien, podemos observar también que un porcentaje igual no recuerda la última vez

Grafica N°29: Ultima toma de citología:



Fuente: Tabla número 32.



Tabla N°33. ¿Recuerda el resultado de su última citología?:

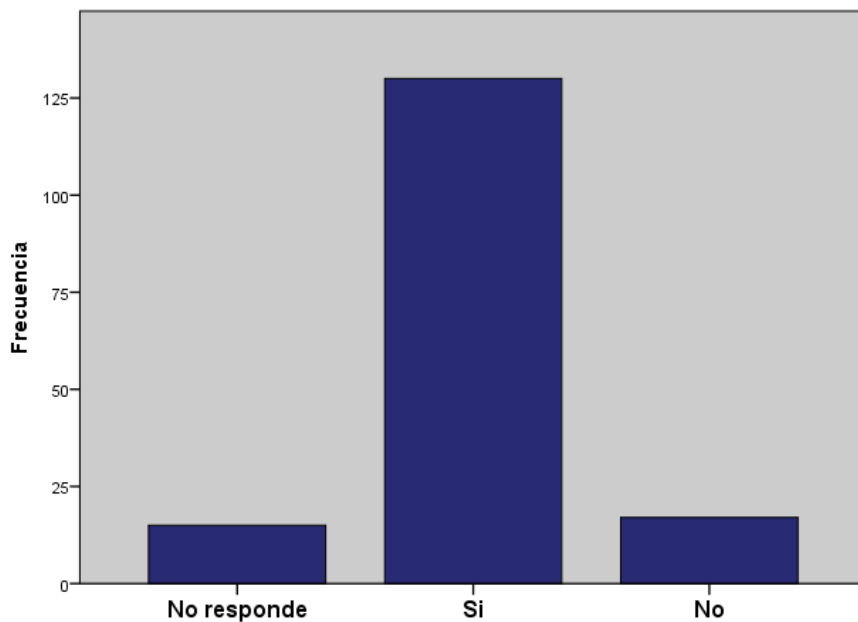
Recuerda el resultado de su última citología	Frecuencia	Porcentaje
No responde	15	9.3
Si	130	80.2
No	17	10.5
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Del total de mujeres entrevistadas el 80% respondió que, si recuerdan el resultado, el 9.3% no contesto y el 10.5% contesto que no recuerdan cual fue el resultado. Como se muestra en la tabla número 33.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de la población en estudio recuerda el resultado de su última citología y las que no respondieron son aquellas mujeres que nunca se han realizado la citología.

Grafica N°30. Recuerda el resultado de su última citología:



Fuente: Tabla número 33.

Tabla N°34. Resultado de su última citología

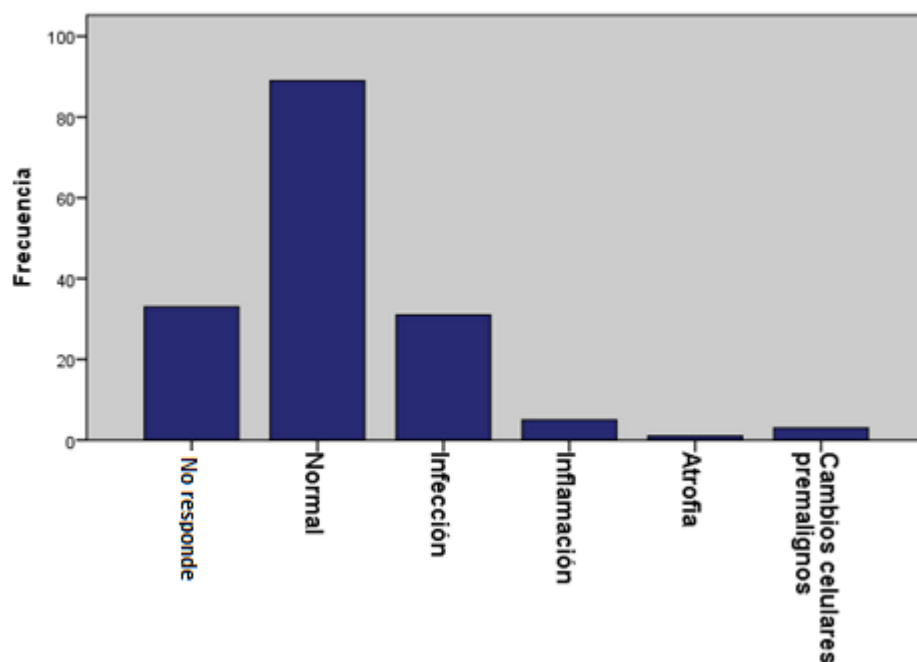
¿Cuál fue el resultado?	Frecuencia	Porcentaje
No responde	33	20.4
Normal	89	54.9
Infección	31	19.1
Inflamación	5	3.1
Atrofia	1	0.6
Cambios celulares premalignos	3	1.9
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** En cuanto al resultado de su última citología el 54.9% respondió que fue normal, el 20.4% no contestó, el 19.1% manifestó que salió con infección, 3.1% respondió que fue inflamación, el 0.6 recuerda fue atrofia, y el 1.9% contestó que su último resultado fue cambios celulares pre-malignos. Como muestra la tabla número 34.

**INTERPRETACIÓN:** De los resultados obtenidos según las entrevistadas su última citología fue normal otra parte manifestó que con infección y las que no contestaron son las que nunca se han hecho la citología. El porcentaje de atrofas e inflamación fue mínimo

Grafica N°31. Resultado de su última citología:



Fuente: Tabla número 34.

Tabla N°35. Razón por la que descontinuo la citología:

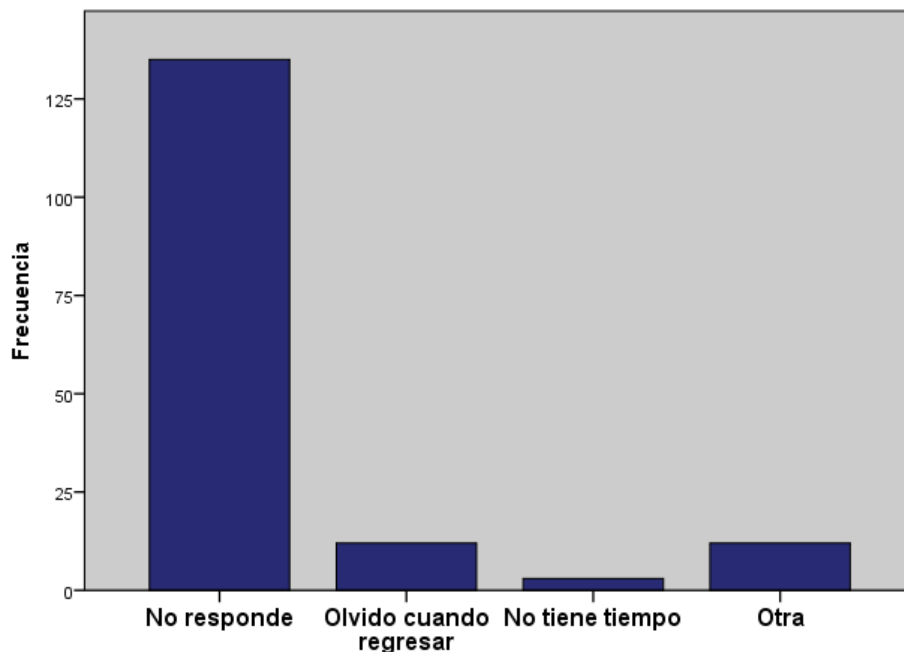
En caso de habérsela tomado alguna vez. ¿Porque descontinuo?	Frecuencia	Porcentaje
No responde	135	83.3
Olvido cuando regresar	12	7.4
No tiene tiempo	3	1.9
Otra	12	7.4
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** En cuanto a las mujeres que han suspendido la toma de citología el 83.3% no contesto, el 7.4% respondió que olvido cuando regresar, el 1.9% contesto que no tiene tiempo, el 7.4% manifestó que descontinuo por otros motivos entre ellos recursos económicos necesarios, lejanía de su lugar de vivienda etc. Como muestra la tabla número 35.

**INTERPRETACIÓN:** De las mujeres que han suspendido la toma de la citología la mayoría no respondió este porcentaje corresponde a las mujeres que siguen realizándose la citología, el resto respondió que olvido cuando regresar, no tienen tiempo, no tienen dinero.

Grafica N°32. Razón por la que descontinuo la citología:



Fuente: Tabla número 35

Tabla N°36. Razón por la que se toma la citología:

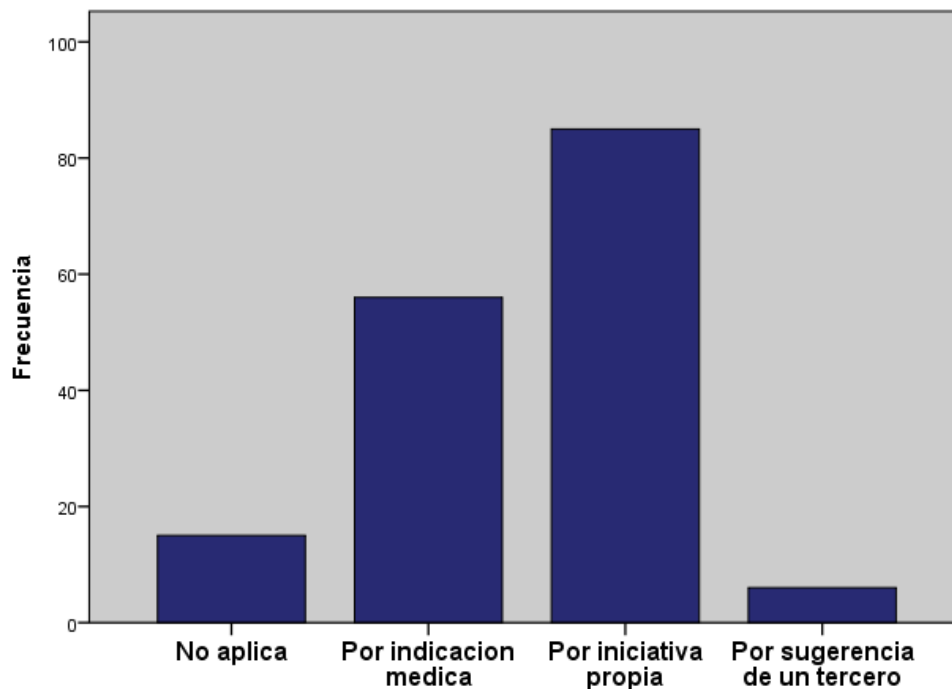
¿Razón por la que se toma la citología?	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	15	9.3
Por indicación medica	56	34.6
Por iniciativa propia	85	52.5
Por sugerencia de un tercero	6	3.7
Total	162	100

FUENTE: Cédula de entrevista aplicada a la población en estudio.

**ANÁLISIS:** Las mujeres refieren que se toman la citología refieren el 34.6% que se la toman por indicación médica, el 52.5% manifiestan que es por iniciativa propia lo que evidencia buenas prácticas, el 3.7% se la toma por sugerencia de un tercero, el 9.3% representa el porcentaje de mujeres que no se han tomado la citología, Como muestra la tabla número 36.

**INTERPRETACIÓN:** La mayoría de mujeres se toman las citologías por iniciativa propia, mientras un porcentaje menor la toma por iniciativa propia y/o sugerencia de un tercero

Grafica N°33. Razón por la que se toma la citología:



Fuente: Tabla número 36.

## 5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

### 5.3.1 HIPÓTESIS GENERAL

**Hi:** Son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.

**Ho:** Son no adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma de citología en las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio.

**Tabla N° 37:** Puntaje total obtenido en conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología.

Puntaje total	Frecuencia	Porcentaje
15 puntos o mas	105	64.8
14 puntos o menos	57	35.2
Total	162	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en la calificación sobre los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas

**Tabla No. 38:** Las frecuencias observadas y esperadas aparecen en la siguiente tabla.

	Adecuados	No adecuados	Totales
Frecuencia observada	105	57	162
Frecuencia esperada	162	0	162

FUENTE: Datos de tabla N° 37.

La frecuencia esperada para quienes tienen adecuados conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología es 162 o sea el 100% y para quienes no son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas la diferencia esperada es del 0%.

**ANÁLISIS:** De las 162 usuarias encuestadas, 105 de ellas que corresponden al 64.8% obtuvo un puntaje total igual o mayor de 15 (tabla número), el equipo investigador asignó un valor de 15 puntos o más en sumatorio total, para considerar los conocimientos, actitudes y prácticas como adecuadas. 57 usuarias alcanzaron un puntaje de 14 puntos totales o menos que representa un 35.2% considerados por tanto como conocimientos, actitudes y prácticas no adecuados. Como lo muestra la tabla número 1. Para realizar la comprobación de la hipótesis se usó una prueba de chi cuadrado el cual se obtuvo de la siguiente manera:

GL: 1

$X^2_{\text{obt}} < X^2_{\text{crit}} =$  Se acepta la hipótesis nula

$X^2_{\text{obt}} > X^2_{\text{crit}} =$  Se rechaza la hipótesis nula

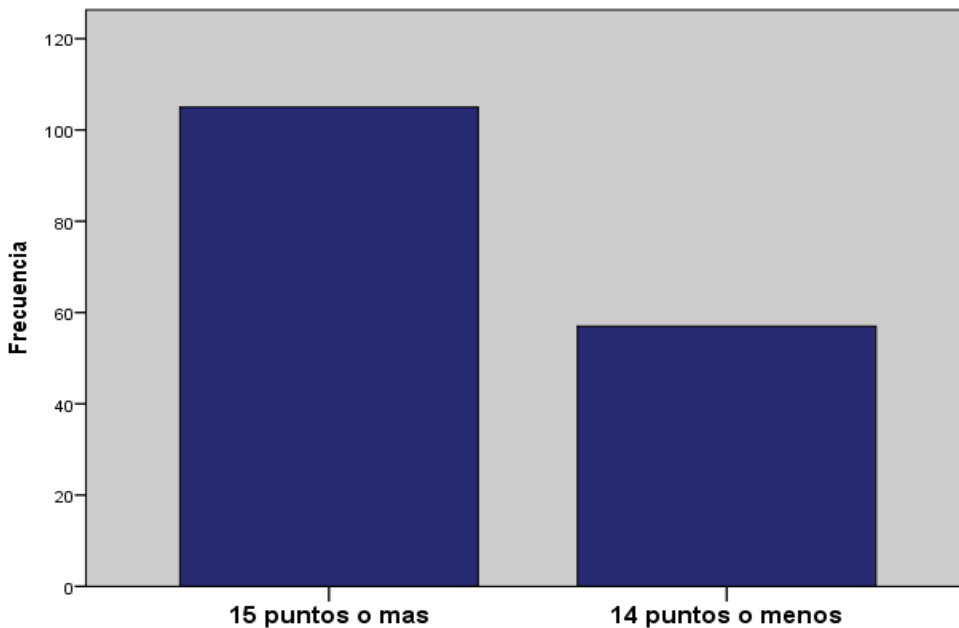
Dónde:  $X^2_{\text{obt}} = 0.123$  y  $X^2_{\text{crit}} = 3.841$

**Si  $X^2_{\text{obtenido}}$  es igual 0.123 y  $X^2_{\text{critico}}$  es igual 3.841 significa que  $X^2_{\text{obt}}$  es menor que  $X^2_{\text{crit}}$  por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.**

**INTERPRETACIÓN:** Mediante estadística descriptiva podemos deducir que un porcentaje mayor de la población posee conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, siendo un porcentaje mucho menor quienes poseen conocimientos, actitudes y prácticas inadecuadas. Se aplicó una prueba de Chi cuadrado para demostrar con significancia estadística la validez de la hipótesis general formulada.

Mediante inferencia estadística podemos decir que con un 95% de confianza no se pueden determinar si son adecuados los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en estudio.

**Grafico N° 34:** Puntaje total obtenido en conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología.



Fuente: Datos de tabla número 37.

## 5.4 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

### 5.4.1 HIPÓTESIS ESPECÍFICA N°1

**Hi:** Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre citología y la practica correcta de hacerse la citología.

**Ho:** No existe relación entre el nivel de conocimientos sobre citología y la practica correcta de hacerse la citología.

**Tabla N° 39:** ¿Conoce sobre citología?

Opiniones	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	40.7
No	96	59.3
Total	162	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en calificación de conocimientos

**Tabla N° 40:** Prácticas correctas sobre citología

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	74.1
No	42	25.9
Total	162	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en calificación de conocimientos

**Tabla N° 41:** Tabla cruzada Conoce sobre citología\*Prácticas correctas sobre citología

			Prácticas correctas sobre citología		Total
			Si	No	
Conoce sobre citología	Si	Recuento	53	13	66
		Recuento esperado	48.9	17.1	66.0
	No	Recuento	67	29	96
		Recuento esperado	71.1	24.9	96.0
Total		Recuento	120	42	162
		Recuento esperado	120.0	42.0	162.0

FUENTE: Elaboración propia usando el software SPSS.

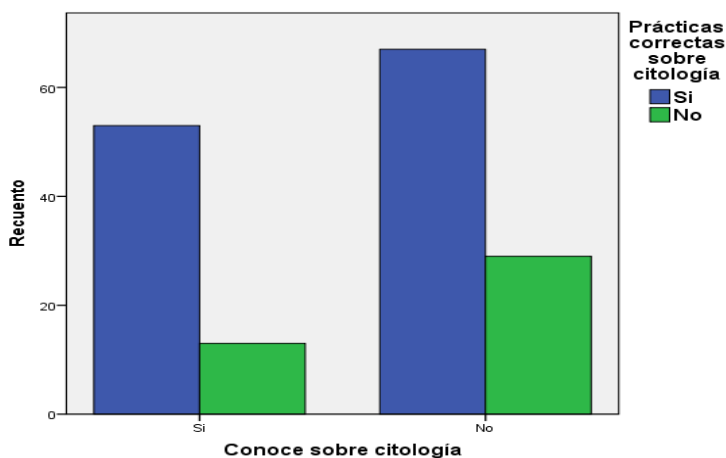
**Tabla N°42** : Pruebas de Chi-cuadrado para relacionar conocimientos y prácticas.

	Valor	df	Significaci <sup>o</sup> n asint <sup>o</sup> tica (bilateral)	Significaci <sup>o</sup> n exacta (bilateral)	Significaci <sup>o</sup> n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.250 <sup>a</sup>	1	.134		
Correcci <sup>o</sup> n de continuidad	1.736	1	.188		
Raz <sup>o</sup> n de verosimilitud	2.301	1	.129		
Prueba exacta de Fisher				.148	.093
Asociaci <sup>o</sup> n lineal por lineal	2.236	1	.135		
N de casos v <sup>o</sup> lidos	162				
a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m <sup>o</sup> nimo esperado es 17.11.					
b. S <sup>o</sup> lo se ha calculado para una tabla 2x2					

Fuente: Elaboraci<sup>o</sup>n propia usando el software SPSS.

**ANÁLISIS:** Como el nivel de significancia obtenido es de 0.134 vemos que no se puede rechazar la hip<sup>o</sup>tesis nula, es decir con un 95 % de confianza estad<sup>o</sup>stica no se puede afirmar que hay relaci<sup>o</sup>n o que hay dependencia entre los conocimientos sobre citolog<sup>o</sup>a y las correctas pr<sup>o</sup>cticas de hacerse la citolog<sup>o</sup>a. Los cual es congruente con los datos emp<sup>o</sup>ricos obtenidos.

**Gr<sup>o</sup>fico N° 35:** Relaci<sup>o</sup>n de conocimientos y practicas



Fuente: Datos de tabla número 39.



#### 5.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA N°2

**Hi:** Existe relación entre una actitud favorable sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.

**Ho:** No existe relación entre una actitud favorable sobre citología y la práctica correcta de hacerse la citología.

**Tabla N° 43:** Actitud favorable frente a la toma de citología

Actitud favorable sobre citología	Frecuencia	Porcentaje
Si	141	87.0
No	21	13.0
Total	162	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en calificación de actitudes.

**Tabla N° 44:** Prácticas correctas sobre citología

Practicas correctas sobre citología	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	74.1
No	42	25.9
Total	162	100.0

Fuente: Elaboración propia basada en calificación de prácticas.

**Tabla N° 45:** Tabla cruzada Actitud favorable sobre citología \*Prácticas correctas sobre citología

			Prácticas correctas sobre citología		Total
			Si	No	
Actitud favorable sobre citología	Si	Recuento	118	23	141
		Recuento esperado	104.4	36.6	141.0
	No	Recuento	2	19	21
		Recuento esperado	15.6	5.4	21.0
Total		Recuento	120	42	162
		Recuento esperado	120.0	42.0	162.0

Fuente: Elaboración propia usando software SPSS.

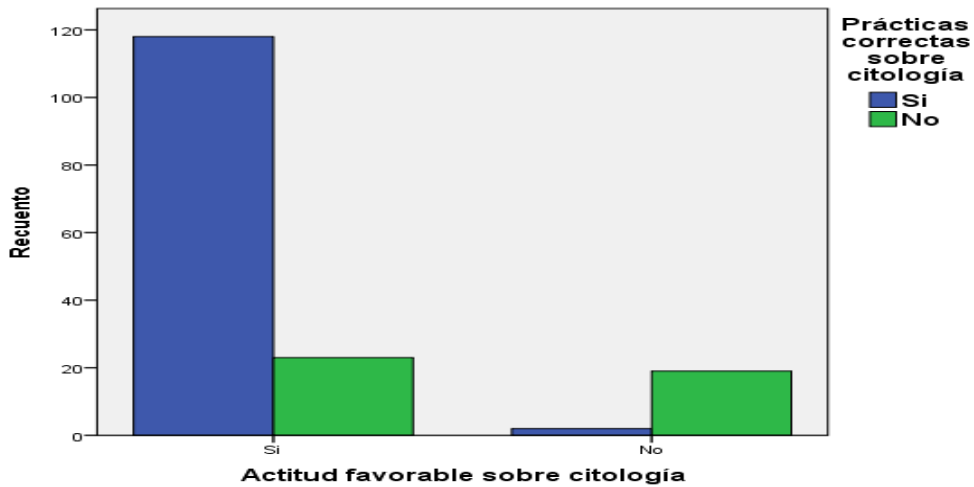
**Tabla N° 46:** Pruebas de Chi-cuadrado para relacionar actitudes y prácticas.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52.349 <sup>a</sup>	1	.000		
Corrección de continuidad	48.559	1	.000		
Razón de verosimilitud	46.774	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	52.026	1	.000		
N de casos válidos	162				
a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.44.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Fuente: Elaboración propia usando software SPSS.

**Análisis:** Como el nivel de significancia obtenido es de 0.00 vemos que no se puede rechazar la hipótesis nula, es decir con un 95 % de confianza estadística no se puede afirmar que hay relación o que hay dependencia entre las actitudes favorables sobre citología y las correctas prácticas de hacerse la citología.

**Grafico N° 36:** Relación de Actitudes y Prácticas.



Fuente: Datos de tabla número 43.

## 6. DISCUSIÓN

En el salvador se encuentra que el 40.7% de la población si conoce sobre citología frente a 59.3% que no conoce, resultados comparables con el 52.3% de conocimientos adecuados sobre citología encontrados por Al Sairafi y Mohamed (69) en mujeres kuwaitíes y el 32% encontrado por Giganchi et al. (70) en mujeres de Kenia, se observa una diferencia significativa entre el conocimiento de países de renta media y baja como el nuestro en comparación con países desarrollados en donde Idestrom et al.(71) encontraron que un 95% dijo conocer sobre citología en una población suiza.

En cuanto a las actitudes favorables sobre la toma de citología encontramos que en un 87% son favorables frente a un 13% que son desfavorables, los resultados son comparables con el 67.2% de buenas actitudes encontrado por Albuquerque et al. (72) en mujeres de Brasil. De igual manera existe una desproporción considerable al comparar con países de otras latitudes como el estudio llevado a cabo en Inglaterra por Yu y Rimer (73) en donde el 91.7% de mujeres encuestadas presenta una buena actitud.

Al evaluar prácticas correctas se encuentra que el 74.1% tiene prácticas correctas sobre citología mientras que un 25.9% no son correctas, no contrasta con el 44% de prácticas correctas encontradas por Cogollo et al. (24) en mujeres colombianas, podemos notar que el porcentaje de mujeres que mantiene buenas practicas sobre el tema es alto.

Al contrastar las hipótesis detectamos que los conocimientos, actitudes y practicas no son adecuados en la población estudiada igual a lo encontrado por Bazán et al. en Colombia (74) quien concluya que más del 60% de las encuestadas tiene bajos niveles de conocimientos, actitudes y practicas sobre citología que sean adecuados.

Se analizó si existe relación entre conocer sobre la citología y la práctica adecuada de la citología y se encontró que no existe relación estadística entre ambas variables, es decir que con un 95% de confianza estadística se puede afirmar que no existe relación significativa entre conocer del tema y la práctica que sea correcta de tomarse la citología, nuestros resultados fueron distintos a los encontrados por López castillo et al.(75), ellos reportan que existe una relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología en una población

colombiana, de igual manera Aguilar-Pérez(76) encontraron que el conocer sobre la prueba incrementa hasta en 26 veces la probabilidad de practicársela. Nuestro resultado concuerda con los resultados obtenidos por Bazán et al. (76), ellos demuestran que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta.

Al contrastar sobre la existencia de relación entre una actitud favorable sobre la citología y la práctica correcta de la citología encontramos que no existe relación estadísticamente significativa, por lo que no podemos afirmar que el hecho de que la persona tenga o no una actitud favorable sobre la citología influirá en el hecho de tomarse la citología.

En cuanto a los factores sociodemográficos al indagar sobre la edad descubrimos que el mayor porcentaje de mujeres a quienes se les aplicó el instrumento se encuentran entre las edades de 20 a 29 años siendo el menor porcentaje aquellas mujeres entre los 50 y 59 años, sin que el hecho de tener una joven edad parezca influir sobre los conocimientos relacionados a la citología. La mayor parte de la población vive en una unión libre y la menor proporción se encuentra separada.

Al investigar sobre si sabe leer y escribir el mayor porcentaje respondió saber hacerlo frente a un porcentaje menor de analfabetismo. Esto contrasta con la escolaridad en donde el mayor porcentaje se encuentra con estudios de primaria siendo el nivel universitario el menor porcentaje.

Cuando se preguntó sobre la ocupación el mayor porcentaje refirió ser ama de casa siendo aquellas desocupadas la menor proporción. La mayor parte de usuarias provenía del área rural, un contraste que encontramos en cada unidad, ya que ciudad barrios atiende una población mayoritariamente urbana, Chapeltique es mixta y el Tecomatal casi exclusivamente rural.

En cuanto a religión el mayor porcentaje dijo ser católico y la minoría no pertenecer a ninguna denominación.

La mayor parte de usuarias dijo conocer qué es la citología, de igual forma la mayoría dijo saber de dónde se toma esta prueba, aunque al consultarle sobre el sitio específico

de la toma solo el 37.7% de la población en estudio respondió de manera correcta, la gran mayoría de mujeres mencionó la vagina como sitio de toma del examen.

Al indagar sobre los conocimientos sobre la frecuencia que se debe tomar la citología solo el 27.8% respondió en el intervalo establecido por los lineamientos nacionales vigentes en la actualidad, la mayoría de mujeres mencionaron que el intervalo entre toma y toma debía ser cada año. Se preguntó también si conocían la existencia de complicaciones por tomarse la citología a lo que la mayoría respondió que no las había, al preguntar a quienes respondieron que si había complicaciones cuáles podrían ser la mayoría respondió que dolor y la minoría que sangrado.

Al preguntar sobre la importancia de tomarse la citología la mayoría respondió que su importancia radica en la prevención del cáncer cérvico uterino. El mayor porcentaje de usuarias respondió haber recibido información sobre citología y haberla recibido en su mayor parte del personal de salud.

Se investigó sobre el conocimiento del momento de inicio de la toma de citología en la mujer a lo que la mayoría respondió que tras el inicio de las relaciones sexuales. En su mayor porcentaje conocen sobre los cuidados previos que se debe tener para la toma de citología, se preguntó sobre cuidados específicos y de quiénes conocían sobre los cuidados la mayoría coincidió en el hecho de no tener relaciones sexuales en días previos a la toma.

Se cuestionó a las usuarias sobre cuales mujeres deben tomarse la citología, la mitad de la población en estudio respondió que quienes ya hayan iniciado la vida sexual activa. Cuando se preguntó si se habían tomado la citología alguna vez, el mayor porcentaje respondió que si lo había hecho.

La mayoría de encuestadas respondió que prefiere le tome la citología una mujer de igual manera la mayor parte de la población respondió tomarse la citología en las unidades de salud.

Casi en su totalidad las mujeres respondieron que les interesa conocer más sobre citología, el mayor porcentaje no tiene planeado cuando se tomara la próxima citología.

En el bloque de practicas la mayoría de mujeres respondió tomarse la citología cada año, de quienes no se han realizado la citología el mayor porcentaje respondió que no lo hace porque no lo necesita.

De las mujeres en estudio la mayoría regresa por el resultado su citología, la mayor proporción refirió haberse tomado la prueba hacia menos de un año, en su mayor numero recordaban el resultado de su última prueba que en su gran mayoría había resultado normal.

En aquellas mujeres que habían descontinuado la práctica de la citología un porcentaje igual respondió que porque lo había olvidado a otras causas. Ante la última interrogante sobre la razón para tomarse la citología la mayoría respondió que, por iniciativa propia, llama la atención sin embargo el porcentaje de mujeres que lo hace solo por indicación médica.

Este estudio revela que la población femenina no tiene adecuados conocimientos, actitudes y practicas sobre citología lo cual significa que la prevención del cáncer cérvico uterino no es parte de la cultura popular predominante en nuestras usuarias. Implica que pese a los esfuerzos que se hacen por el control de esta enfermedad prevenible si se detecta en etapas tempranas mediante los métodos de tamizaje, este flagelo continuara arrebatando vidas.

El estudio tuvo la limitante de no incluir a todas las mujeres usuarias de las unidades de salud en estudio, lo que habría permitido obtener un perfil mayor sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de una forma que fuese más significativa en términos estadísticos, queda como deuda para futuras investigaciones develar de una manera más amplia el tema.

## 7. CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos, así como también aplicar pruebas estadísticas para realizar la comprobación de hipótesis el equipo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

Se puede concluir con un 95% de confianza estadística que los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en estudio frente a la citología no son los adecuados, se realizó una prueba de Chi cuadrado en donde sí el valor obtenido no superaba el valor crítico no se aceptaba la hipótesis de trabajo, se obtuvo un valor de 0.123 mucho menos al 3.841 esperado, por cuanto estadísticamente no se puede rechazar la hipótesis nula, se puede concluir que en líneas generales las mujeres en estudio necesitan nuevas estrategias que les atraiga a la toma de la citología.

El mayor porcentaje (59.3%) no conoce sobre citología, lo que se pudo concluir al aplicar la escala de evaluación sobre conocimientos a la población en estudio. En cuanto a actitudes también se le aplicó una escala de evaluación concluyéndose que la mayoría de mujeres tiene una actitud favorable (87%) frente al tema de la citología, de igual manera se concluye que las prácticas son correctas en la mayoría de la población ya que al aplicar una escala de evaluación se obtiene que 74.1% tiene buenas prácticas sobre la citología.

Se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre conocer sobre citología y la práctica correcta de citología, se aplicó una prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 95%, obteniéndose del 0.134 de significancia asintótica que no supera el valor crítico de significancia, por lo que con un 95% de confianza estadística se concluye que no se puede rechazar la hipótesis nula y no se puede afirmar que exista relación entre el conocer y el practicar la toma de citología.

Se encuentra además que no existe relación estadísticamente significativa entre una actitud adecuada sobre citología y la práctica correcta de la misma. Se aplicó una prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 95%, obteniéndose un 0.000 de significación asintótica que no supera el valor crítico de significancia, por tanto, con un 95% de confianza estadística se puede afirmar que no se puede rechazar la hipótesis



nula y no se puede decir que exista relación entre tener una actitud favorable sobre el tema y la práctica en la realidad de la toma de la citología.

En cuanto a estadística descriptiva del bloque de conocimientos concluimos que la mayor parte de las mujeres encuestadas dice conocer sobre el tema de la citología (94,4%), pero que al indagar con más profundidad sobre dichos conocimientos de manera más específica descubrimos que en su mayoría son erróneos, así pese a que la mayoría responde saber de dónde se toma la muestra de citología (93.8), al pedirle que sean específicas sobre este sitio la mayoría responde con error (58%), asumiendo en su mayoría que la muestra se toma de la vagina. Se indaga sobre otro aspecto fundamental del conocimiento necesario del tema, es decir la frecuencia con la que se debe tomar la citología y detectamos que la mayor parte de mujeres asume que debe realizarse cada año (51.9%), lo cual es no concordante con las directrices actuales. Investigamos aún más si conocen sobre el tema e interrogamos si conocen la existencia de complicaciones por tomarse la citología a lo que un 82.7% responde que no las hay, del porcentaje que responde que si existen complicaciones se les pregunto mencionaran cuales complicaciones conocen a lo que la mayor parte responde que dolor, seguido de cerca por sangrado. En el mismo bloque se pregunta a las usuarias si conocen la importancia de tomarse la citología a lo que un 50.6% responde que prevenir el cáncer cervicouterino, un 6,8% responde que tiene dos fines tanto prevenir el cáncer cervicouterino como detectar infecciones y el resto responde que es para prevenir enfermedades de transmisión sexual o solo para detectar infecciones vaginales.

La mayor parte de las usuarias dice haber recibido información sobre citología (87%) y refieren en su mayoría haberla recibido de personal de salud (84.6%), lo cual no concuerda con el resto de repuestas obtenidas. Poco más de la mitad (54,9%) conoce el momento de manera correcta cuando debe iniciar de la toma de citología en mujeres, el 61% de ellas dijeron conocer que cuidados se debe tener en los días previos a la toma de la citología, al pedirles una repuesta específica un 38.2% dijo no saber de manera específica cuales, cuidados, el resto respondió una de las opciones sin haber ninguna que mencionara la totalidad de los cuidados necesarios.

La última pregunta del bloque solo confirma las conclusiones del grupo investigador ya que al cuestionar sobre cuales mujeres deben tomarse la citología solo la mitad de ellas responde de manera correcta. Por cuanto concluimos que los conocimientos sobre citología en las mujeres en estudio no son los adecuados, existe un exceso de desinformación que contribuye a que las metas de tan importante problema de salud pública no se logren alcanzar.

De manera descriptiva se puede concluir que existe una actitud favorable sobre la citología en las mujeres en estudio, al consultar sobre si se ha realizado la citología en alguna ocasión la mayoría respondió haberlo hecho (90.7%), sobre quien prefiere le tome la citología la mayoría respondió que prefiere lo haga una mujer (62.3%), lo cual es un aspecto cultural por el pudor arraigado en la población femenina especialmente del área rural, aunque en líneas generales las actitudes sean buenas, el hecho de que la mujer sea renuente a tomarse la citología por personal de salud del sexo masculino influye sobre el éxito del programa, por lo que se hacen necesarias estrategias para abordar el problema. Se indaga donde se toma la citología y la mayoría afirma realizársela en una unidad de salud (81.5%), al cuestionarles sobre su interés por conocer más de la citología en su mayoría (98.1) responden que sí. La última pregunta del bloque no es favorable para las actitudes ya que al cuestionar sobre si tiene programada cuando se realizará la próxima citología la mayoría (61.1%) responde que no tiene programación lo cual implica que muy probablemente la mujer no se realizara la citología en los tiempos necesarios.

Sobre las practicas se concluye que en líneas generales son correctas en la gran mayoría de la población estudiada. Preguntamos la frecuencia en la que practicaban la toma de la citología a lo que un 80.9% respondió tomárselas a intervalos menores a los dos años, que es el tiempo establecido como límite por las directrices nacionales. Se encontró 15 usuarias que pese a ser elegibles para tomarse la citología nunca lo han hecho al indagar la causa el mayor porcentaje de ellas (8 usuarias) respondieron no necesitarla, se les consultó si regresaban por el resultado de su examen a lo que 88.3% respondió volver por su repuesta, un 31.5% que representó el mayor porcentaje refirió haberse realizado la citología hacia menos de un año. El 80.2% de las usuarias dijo recordar el resultado de su última citología, refirió un 89% haber recibido un resultado normal, se encontró 27

mujeres que habían descontinuado la toma de citología, al consultar la razón ,12 de ellas respondieron que habían olvidado cuando regresar y otras 12 mencionaron otras causas para abandonar el programa. La última pregunta del bloque para concluir que en su mayoría las mujeres consultadas tienen buenas prácticas sobre la citología fue consultar sobre la razón que les motiva a tomarse la citología a lo que la mayoría respondió lo hacía por iniciativa propia (52.5%), seguida de cerca de aquellas que solo se la realizan por indicación médica (34.6%).

## **8. RECOMENDACIONES**

Teniendo como base las conclusiones presentadas sobre la investigación sobre los conocimientos, actitudes y practicas frente a la toma de citología en mujeres usuarias de la unidad comunitaria de salud familiar especializada Ciudad Barrios, intermedia Chapeltique y básica el Tecomatal, San Miguel año 2019 se realizaron las siguientes recomendaciones:

### **Al ministerio de salud:**

- Reformular las estrategias educativas para atraer a un mayor número de mujeres a la realización de la prueba citológica.
- Mantener un programa de educación continua sobre el tema del cáncer cérvico uterino en todas las unidades de salud, que permita la capacitación del tema a todo el personal involucrado en la atención de las usuarias.
- Ampliar la formación de las usuarias que consultan en las unidades de salud, mediante la implementación de talleres y facilitación de la información correcta a cada una de ellas.
- Promover campañas de concientización y difusión de información sobre la citología y su importancia en los distintos medios de comunicación que incluya además a las redes sociales.
- Realizar campañas regionales de toma de citología en aquellos lugares más alejados, también en aquellas regiones geográficas con baja cobertura de tamizaje para VPH.
- Ordenar a todos los promotores de salud, la referencia comunitaria oportuna de todas aquellas mujeres con citología atrasada o que nunca se hayan tomado la citología hacia la unidad de salud que le corresponda.

### **Al ministerio de educación:**

- Disminuir el índice de analfabetismo en nuestra población hasta que toda la población sea capaz de leer y escribir, esto incluye ampliar los programas de alfabetización de adultos.

- Incluir un programa desde la educación lo más temprana posible sobre la prevención de enfermedades, que incluya el tema del cáncer cervicouterino con especial énfasis en la población adolescente que atiende el ministerio.
- Cooperar en la formación de la población femenina que acude al ministerio, ya sea en asambleas de padres de familia o ferias de la salud, en donde se puede instruir a la población sobre la importancia de tomarse la citología.

**A los médicos en año social y consultantes de las distintas unidades de salud:**

- Incluir la medicina preventiva y educación para la salud como parte importante de su práctica diaria.
- Consejería a toda usuaria que atiendan sobre la importancia de tomarse la citología, esto incluye ofertar la toma de citología en el momento de la consulta.
- Realizar investigaciones que profundicen en la comprensión del tema, de manera que se pueda incidir en las políticas públicas de prevención del cáncer cérvico uterino.

**A la universidad de El Salvador:**

- Incentivar a sus estudiantes tanto de pregrado como de postgrado a continuar realizando investigaciones sobre el tema de citología, así como de otras patologías prevenibles.
- Apoyar los esfuerzos de investigación académica sobre el tema, en el personal docente que labora en la universidad.
- Difundir los resultados obtenidos en las investigaciones sobre el tema, de manera que puedan ser utilizados para beneficio de la población estudiantil y población en general.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Halperin EC. Paleo-oncology: the role of ancient remains in the study of cancer. *Perspect. Biol. Med.* 2004;47(1):1-14.
2. Saraiya UB, Miniello G. Milestones in the development of early diagnoses in the cytology and colposcopy in gynaecological practice. New Delhi, India: Jaypee Brothers medical publication (P) Ltd; 2009
3. Martínez S. Citología cervical. *Rev Med Hondur* 2005;73(1):131-136.
4. Kumari P, Desai RM, Lt. Col. Dr. Dinesh U. Screening for Cancer of the Uterine Cervix with Simultaneous use of Pap Smear, Colposcopy and Colposcopy Guided Cervical Biopsy-A Prospective Study. *Journal of Research in Obstetrics, Gynaecology and Infertility* 2015; Vol. 1, Issue 1, July-December 2015; Page: 9-12.
5. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* 1999; 189: 12-19.
6. Lazcano EC. El cáncer cervical: nuevas perspectivas de prevención y control. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2007; 53(2):110-11.
7. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I et al. Global and Regional Estimates of the incidence and Mortality for 38 cancers: GLOBOCAN 2018. Lyon: International Agency for Research on Cancer/ World Health Organization;2018.
8. Zelaya SM, Mejía R. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos por enfermedades no transmisibles en El Salvador, 2011-2015. *Revista ALERTA.* 2018;1(1):42-52.

9. MINISTERIO DE SALUD. "Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer Cervico uterino y de mama ", San Salvador. El Salvador. 2015.
10. Arossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica Mex* 2003; 45 (Suppl 3): S306–S314.
11. Aristizábal N, Cuello C, Correa P, Collazos T, Haenszel W. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int J Cancer*. 1984;34:5-9.
12. Raffle AE, Quinn M: Harms and benefits of screening to prevent cervical cancer. *Lancet* 2004, 364: 1483–1484. 10.1016/S0140-6736(04)17260-7
13. Gustaffson L, Ponten J, Zack M, Adami H-O. International incidence of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control*.1997;8:755-763.
14. Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992–2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002 ; 9 : 86 –91.
15. Agurto I, Bishop, A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004;39:91-8.
16. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in El Salvador. Summary Report 10 December 2018.

17. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987;1(8544):1247-9.
18. Lamadrid S. Aspectos socio culturales de la sexualidad como factores obstaculizadores de la prevención secundaria del cáncer cervic uterino. *Cad Saúde Pública* 1998;14(S1):33-40.
19. Concha P Ximena, Urrutia S Teresa, Riquelme H Giselle. Creencias y virus papiloma humano. *Rev. chil. obstet. ginecol.* . 2012 ;77(2):87-92.
20. Aguilar J, Leyva A, Angulo D, Salinas A, Lazcano E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):100-6.
21. Urrutia MT, Poupin L, Concha X, Vinales D, Iglesia C, Reyes V. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolau?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73:98-103.
22. Donoso E, Cuello M, Villarroel L. Reducción de la mortalidad por cáncer cérvico uterino en Chile, 1990-2003. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:307-12.
23. López C, Calderón M, González M. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Artículo Original. *Rev. Méd. Risaralda*. 2013; 19 (1):14-20.
24. Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvico-



- uterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). 2010. Salud Uninorte. 2010;26(2):223-231
25. Zenteno Castro Virginia y Rivas Ponce José Luis. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz, octubre 2006. En Revista Archivos del Hospital La Paz. Bolivia. Vol. 5 (2). Año 2007.
26. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(6): 1355-1361.
27. Behtash N, Mehrdad N. Cervical cancer: screening and prevention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7(4): 683-686.
28. Sankaranarayanan R, Madhukar-Budukh A, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ.* 2001;79:954-62.
29. Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cévico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. *Biomédica.* 2009; 29(3): 354-361.
30. Garcés P, Isabel C., Rubio L, Diana C., Scarinci, Isabel C., Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]* 2012, 30 (Enero-Abril) : [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023071002>> ISSN 0120-386X
31. Behtash N, Mehrdad N. Cervical cancer: screening and prevention. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7(4): 683-686

32. Laza Vásquez C., Sánchez Vanegas G.. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412012000200025&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000200025&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200025>.
33. Turner, R., Jara, D., Lawson, C., & González, O. (2008). Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP): Una herramienta para el abordaje intercultural de la malaria Panamá, 2008.
34. Cleland, J. 1973. A critique of KAP studies and some suggestions for their improvement. *Stud. Family Plann.*, 4(2): 42–47.
35. Hauser, P.M. The limitations of KAP surveys. In: Bulmer, M. & Warwick, D.P., ed. *Social science research in developing countries*. New York, John Wiley & Sons, 1983, pp. 65-69.
36. Stone, L. and J. G. Campbell. 1984. The use and misuse of surveys in international development: An experiment from Nepal. *Human Organization* 43(1), 27-34
37. Kaliyaperumal, K. 2004. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *Community Ophtalmol.*, 4(1): 7–9.
38. Real Academia de la Lengua (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22ª edición). Madrid: Espasa Calpe.
39. Pelto, J. P., and G. H. Pelto. 1997. Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 11(2), 147-163.
40. Nichter, M. 1993. Social science lessons from diarrhea research and their application to ARI. *Human Organization* 52(1), 53-67.

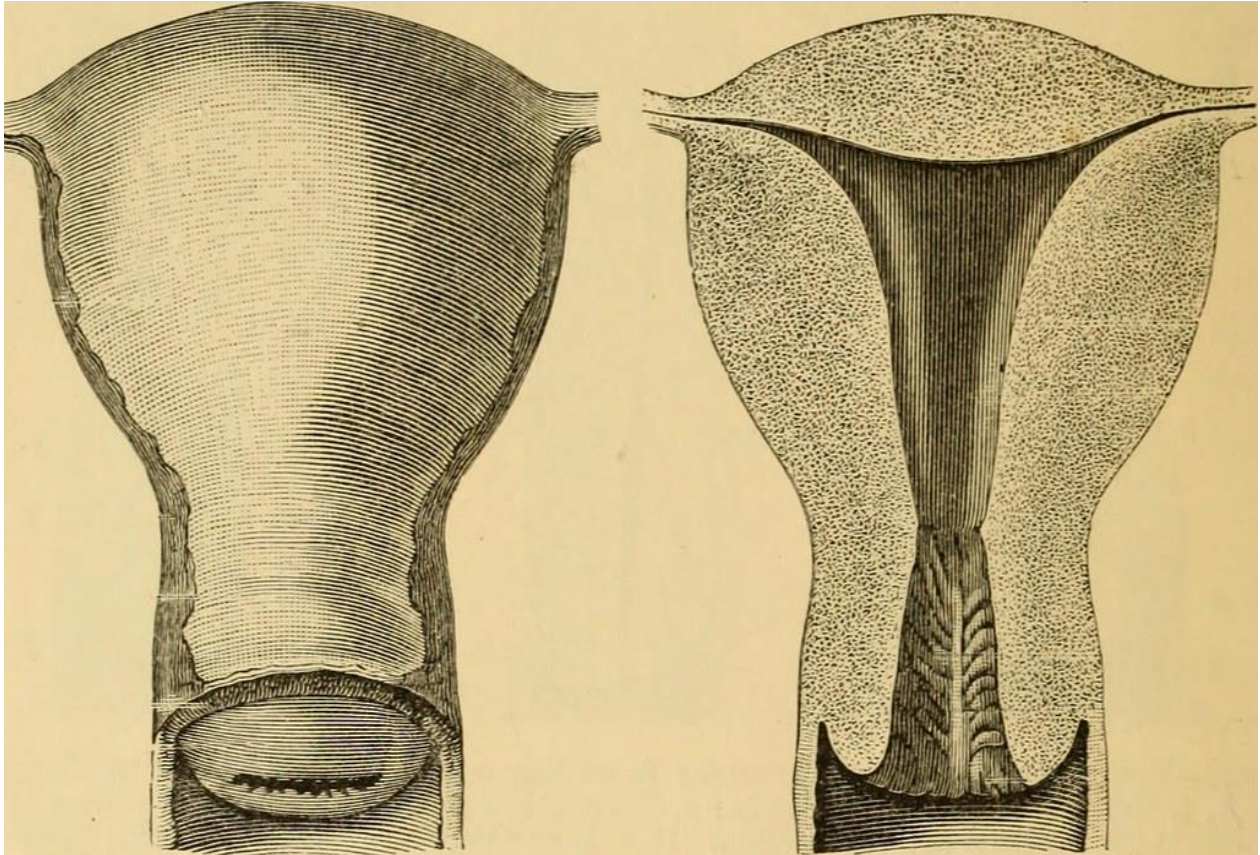
41. Cleland, J. 1973. A critique of KAP studies and some suggestions for their improvement. *Studies in Family Planning* 4(2), 42-47.
42. De Landsheere, G. 1983. Assessment of nutrition-related knowledge, skills and attitudes. In B. Schürch, ed. *Evaluation of nutrition education in third world communities*, pp. 58–66. Bern: H. Huber.
43. Petty, R. E., and J. P. Cacioppo. 1981. *Attitudes and persuasion-classic and contemporary approaches*. Dubuque, IA: W. C. Brown Co. Publishers.
44. Becker, M.H. 1974. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ. Monogr.*, 2(4): 324–473.
45. INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER CERVICOUTERINO EN ESTADOS UNIDOS “concepto de prueba de Papanicolao” [Internet], [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde [http:// www.geosalud.com /Cáncer pacientes/papanicolao.html](http://www.geosalud.com/Cáncer_pacientes/papanicolao.html) (11/04/19)
46. INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER EN ESPAÑA “Prueba de VPH y Papanicolau” [Internet] [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph#q2> (11/04/19)
47. HABILIDADES OBSTÉTRICAS, NEONATALES, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA: [Internet] USAID: [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D258.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D258.pdf)
48. Barton CL. Historical background of the cytology. [Internet], [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde: [www.cvm.tamu.edu/cancer/professional/cytology/asp/AHistory](http://www.cvm.tamu.edu/cancer/professional/cytology/asp/AHistory). Asp

49. Nauth HF. Citodiagnóstico Ginecológico. Primera edición, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2004. pp 3-5,238. 7.- Long SR and Cohen MB: Classics in cytology VI: The early cytologic discov
50. Long SR and Cohen MB: Classics in cytology VI: The early cytologic discoveries of Lionel S. Beale. Diag Cytopath 1993; 9: 595-598.
51. Hadju S. Cytology from antiquity to Papanicolaou. Acta Cytol 21: 668-676: 1976
52. Waxman AG. Guidelines for cervical cancer screening: History and scientific rationale. Clin Obstet Gynecol 2005;48(1):77-97
53. Watkins MM, Gabali C, Winkleby M, Gaora E, Lebaron S. Impact of the new Bethesda System 2001 on specimen adequacy of convencional cervicovaginal smear. Diagnostic Cytopathology 2004;Vol.30 (4): 235-239.
54. Solomon D, Nayar R. El Sistema de Bethesda para informar la citología cervical. Primera edición. Buenos Aires, Journal, 2005.pp. V- XXV
55. Solomon D, David D, Kurman R. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting cervical smear.
56. Apgar BS, Zoschnick L, Wright TCJr. The 2001 Bethesda System terminology, Am Fam Physician , 2003, vol. 68 10(pg. 1992-1998)
57. Sadler, T.W. Lagman embriología médica: con orientación clínica. 10ma edición. Editorial: Médica Panamericana. Buenos aires -argentina. 2008
58. Gartner, L.P. y J.L. Hiatt. Histología. Texto y atlas. México D. F.: McGraw Hill Interamericana.1997
59. O´Rahilly R. Anatomía de Gardner. México: Interamericana M. Graw-Hill; 1989.

60. AECC: Cáncer de cérvix [Internet]: Asociación Española contra el cáncer [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix>
61. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus. España: SEGO; 2002.
62. Bover I. cáncer de cérvix. [Internet]: Sociedad Española de oncología médica. [citado 01 de abril de 2019]. Disponible desde <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix>
63. Dzul Rosado KR, Puerto Solís M, González Losa MR. Cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección. *Rev Biomed.* 2004;15:233-
64. Cañadas MP, Lloveras B, Lörincz AT, Ejarque M, Font R, Bosch FX, de Sanjosé S. Evaluación de las técnicas de detección del VPH en los programas de cribado para cáncer de cuello uterino. *Salud Pú b Mex* 2006;48: 373-378.
65. Pete I, Toth V, Bosze P. The value of colposcopy in screening cervical carcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol* 1998;19: 120-2.
66. Álvarez, C; Castro, E; Virginillo, J; col. . Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Rev. Argent. Radiol*, 2012 :76 (2), 169 -171.
67. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginocol* 2002; 67 (4): 318-23.
68. Marzo-Castillejo M, Cierco Peguero P, Del Cura González I. Prevención del cáncer de cérvix. *Aten Primaria.* 2005;36:328-33
69. Al Sairafi M, Mohamed F, A: Knowledge, Attitudes, and Practice Related to Cervical Cancer Screening among Kuwaiti Women. *Med Princ Pract* 2009;18:35-42. doi: 10.1159/000163044

70. Giganchi P, Estambale B, Bwayo J, Rogo K, Ojwang S, Opiyos A, et al. Knowledge and practice about cervical cancer and Pap smear testing among patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *Int J Gynecol Cancer*. 2003;13:827-33.
71. Idestrom M, Milson I, Andersson-Ellstrom A. Knowledge and attitudes about Pap-smear screening program: a population-based study of women aged 20 – 59 years. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81:962-7.
72. Albuquerque CLF, Costa MP, Nunes FM, Freitas RWJF, Azevedo PRM, Fernandes JV, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding the Pap test among women in northeastern Brazil. *Sao Paulo Medical J*. 2014;132(1):3-9. DOI:10.1590/1516-3180.2014.1321551
73. Yu CK, Rymer J. Women's attitudes to and awareness of smear testing and cervical cancer. *Br J Fam Plann*. 1998; 23: 127– 133.
74. Bazán Fernando, Posso Margarita, Gutiérrez César. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. *An. Fac. med.* [Internet]. 2007 Mar [citado 2019 Oct 04]; 68( 1 ): 47-54.
75. López C, Calderón M, González M (2013). “Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia”. *Revista Médica de Risaralda*, 19 (1):14-20.
76. Aguilar-Perez J, Leyva-López A, Angulo-Nájera D, Salinas A, Lazcano-Ponce E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. 2003;37(1):100-6.

**Figura No 1** Cuello uterino.



Fuente: Recuperada el 22 de octubre del 2019 de [https://foter.com/d/d.php?f=https%3A%2F%2Flive.staticflickr.com%2F3894%2F14766112775\\_fe21dc5cea\\_b.jpg&s=2ba074b4c2aec5ad0151a4a2a3881f71](https://foter.com/d/d.php?f=https%3A%2F%2Flive.staticflickr.com%2F3894%2F14766112775_fe21dc5cea_b.jpg&s=2ba074b4c2aec5ad0151a4a2a3881f71) (Imagen de fuente libre).

Figura N°2 Prueba de Papanicolau

Citología vaginal: se raspan células del cuello uterino y se examinan bajo un microscopio para verificar si hay cáncer u otros problemas



Cuello uterino visto por el espéculo, con la paciente en posición de litotomía

 ADAM.

Fuente: Recuperada el 22 de octubre del 2019 de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003911.htm>.



**Figura N° 3** Kit para toma de test Papanicolau



Fuente: Recuperada el 22 de octubre del 2019 de  
<https://www.dhmaterialmedico.com/kit-test-papanicolau-esteril-caja-de-50-unidades>

**ANEXO 1:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente hago constar que he sido elegida para participar de la investigación CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA TOMA DE CITOLOGÍA EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA CIUDAD BARRIOS, INTERMEDIA CHAPELTIQUE Y BÁSICA EL TECOMATAL, SAN MIGUEL AÑO 2019.

Se me ha explicado en qué consiste la investigación, habiéndome aclarado el investigador los detalles sobre la misma por lo que de forma voluntaria he decidido participar y doy mi consentimiento.

Nombre:

---

Firma o huella de la participante:

Lugar y Fecha:

---

## ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



CEDULA DE ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA TOMA DE CITOLOGÍA EN MUJERES USUARIAS DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA CIUDAD BARRIOS, INTERMEDIA CHAPELTIQUE Y BÁSICA EL TECOMATAL, SAN MIGUEL AÑO 2019

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Antes de comenzar por favor lea al encuestado el formato de consentimiento informado y solicítele la firma de aceptación luego de que lo entienda; insista en que la información suministrada es confidencial y que no va a tener ningún riesgo físico. Explique las partes de las que está compuesta la encuesta y el procedimiento que se va a utilizar para realizarla. En las preguntas marque con una X en la casilla correspondiente.

### DATOS DE LA ENCUESTADA

#### I: INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

1. Edad \_\_\_\_\_ en años cumplidos
2. Estado familiar:  Soltera  Casada  Viuda  Unión Libre  Separada  
 Divorciada
3. ¿sabe leer y escribir?  si  No
4. ¿ultimo grado de estudio? \_\_\_\_\_

5. Ocupación:  Ama de casa  Empleada/obrero  Trabajadora independiente  
 Desocupada  Jubilada  Otra ¿Cual?\_\_\_\_\_

6. Domicilio:  Urbano  Rural

7. Grupo religioso:  Evangelica  Católica  Ninguna  Otra denominación

## II. CONOCIMIENTOS

8. ¿Conoce usted qué es la citología?  Si  No

9. ¿Sabe usted de donde se toma la muestra?  Si  No

10. ¿Si su respuesta es si, de donde se obtiene?

Útero  Cuello uterino  Vulva  Vagina  Otro

11. ¿Sabe usted con cuanta frecuencia debe tomarse la citología?

Cada año  Cada 2 años  Cada 5 años  No sabe

12. ¿Conoce usted si existe alguna complicación al tomarse la citología?

Si  No

13. Si su respuesta es Sí, ¿cuál complicación?

Sangramiento  Dolor  Infección  Otras

14. ¿Conoce porque es importante tomarse la citología?

Prevenir cáncer cérvicouterino  Prevenir infecciones vaginales

Prevenir enfermedades de transmisión sexual  No sabe  Todas son correctas

15. ¿Le han proporcionado información sobre la citología?

Si  No

16. Si la respuesta es sí, ¿dónde la obtuvo?  Centro escolar  Personal de salud

Lugar de trabajo Amigos La comunidad

17. ¿Conoce a que edad debe iniciar la toma de citología?

Al iniciar relaciones sexuales A cualquier edad

Al quedar embarazada No sabe

18. ¿Conoce que tipo de cuidados hay que tener los días previos a la toma de citología? \_\_\_\_\_

¿si su respuesta es si, cuales cuidados se debe tener?

No tener relaciones sexuales día previo No realizar duchas vaginales dia previo

No colocar medicamentos vaginales día previo No estar en periodo menstrual

Ninguna Todas las anteriores

19 ¿Cuáles mujeres deben tomarse la prueba?

Mayores de edad Quienes hayan iniciado relaciones sexuales Mujeres en edad fértil Todas

### III. ACTITUDES

20. ¿Se ha realizado en alguna ocasión la citología?

Si No

21. ¿Quién prefiere le realice la citología?

Hombre Mujer Le es indiferente

22. ¿Dónde se toma usted la citología?

Unidad de Salud Medico Particular Hospital Ninguna

23. ¿Le interesa conocer más sobre citología?

Si No

24. ¿Ya tiene planeado cuando va a tomarse la citología?

Si  No

#### IV. PRACTICAS

25. ¿Con cuanta frecuencia se toma la citología usted?

Cada 6 meses  Cada año  Cada 2 años  Una vez en la vida  Ninguna

26. En caso de no habérsela tomado nunca ¿Por qué no lo ha hecho?  No lo

necesita  Nunca ha tenido relaciones sexuales  No tiene tiempo  Es molesta

Otra

27. ¿Regresa usted por el resultado de la citología?

Si  No

28. ¿Cuándo se tomó por última vez la citología?  Menos de 6 meses  Hace un año

Hace más de 2 años  No recuerda

29. ¿Recuerda el resultado de su última citología?

Si  No

30. Si es si ¿Cuál fue?  Normal  Infección  Inflamación  Atrofia

Cambios celulares premalignos  cáncer de cuello uterino

31. En caso de haberse tomado la citología alguna vez ¿Por qué discontinuo?

Olvido cuando regresar  No tiene tiempo  No tiene dinero  Otra

32. ¿Razón por la que se toma la citología?

Por indicación médica  Por iniciativa propia  Por sugerencia de un tercero

ANEXO 3

**Cronograma de actividades en el Proceso de Graduación Ciclo I y II año 2019**

Meses	FEB/2019				MARZ/2019				ABRIL/2019				MAY/2019				JUN/2019				JUL/2019				AGOST/2019				SEPT/2019				OCT/2019				NOV/2019				DIC/2019			
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas											
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías																																												
2. Inscripción del proceso de graduación.																																												
3. Aprobación del tema de investigación																																												
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																												
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación																																												
6. Ejecución de la Investigación																																												
7. Procesamiento de los datos																																												
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																																												
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																																												
10. Redacción del Informe Final																																												
11. Entrega del Informe Final																																												
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																												

## ANEXO 4

### PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

<u>CANT.</u>	<u>TIPO</u>	<u>PRECIO UN.</u>	<u>PRECIO TOT.</u>
<b><u>PAPELERIA Y SUMINISTROS DE OFICINA</u></b>			
05	Resmas de papel bond T/C	\$ 4.00	\$ 20.00
01	Caja de Folders	\$ 7.00	\$ 7.00
01	Caja de Fasteners	\$ 3.00	\$ 3.00
500	Fotocopias	\$ 0.04	\$ 12.00
02	Cartuchos de tinta negra	\$20.00	\$ 40.00
03	Cartuchos de tinta color	\$25.00	\$ 75.00
03	Libretas de anotaciones	\$ 1.00	\$ 3.00
25	Lapiceros	\$ 0.15	\$ 3.75
13	Anillados y encuadernados	\$ 15	\$195.00
<b><u>MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMATICOS</u></b>			
12	Acceso a Internet	\$ 25.00	\$ 300.00
3	Memorias USB	\$10.00	\$30.00
3	Calculadoras	\$15.00	\$45.00
1	Impresora	\$50.00	\$50.00
<b><u>OTROS</u></b>			
06	Consumo de Teléfono y electricidad	\$ 35.00	\$210.00
<b><u>GASOLINA</u></b>			<b>\$200.00</b>
<b><u>VIATICOS</u></b>			<b>\$75.00</b>
<b>TOTAL.....</b>			<b>\$1268.75</b>
<b>IMPREVISTO 10%= \$126.88 .....</b>			<b>\$1395.55</b>

La investigación fue financiada en su totalidad por el grupo investigador



## ANEXO 5

**Tabla de la distribución Chi-cuadrado  $g$ =grados de libertad**

**$p$ =área a la derecha**

**el valor de  $x$  de la tabla cumple que para  $X$  es  $\chi^2$ -cuadrado con  $g$  grados de libertad  $P(X>x)=p$**

g	p										
	0.001	0.025	0.05	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9	0.95	0.975	0.999
1	10.827	5.024	3.841	2.706	1.323	0.455	0.102	0.016	0.004	0.001	0
2	13.815	7.378	5.991	4.605	2.773	1.386	0.575	0.211	0.103	0.051	0.002
3	16.266	9.348	7.815	6.251	4.108	2.366	1.213	0.584	0.352	0.216	0.024
4	18.466	11.143	9.488	7.779	5.385	3.357	1.923	1.064	0.711	0.484	0.091
5	20.515	12.832	11.07	9.236	6.626	4.351	2.675	1.61	1.145	0.831	0.21
6	22.457	14.449	12.592	10.645	7.841	5.348	3.455	2.204	1.635	1.237	0.381
7	24.321	16.013	14.067	12.017	9.037	6.346	4.255	2.833	2.167	1.69	0.599
8	26.124	17.535	15.507	13.362	10.219	7.344	5.071	3.49	2.733	2.18	0.857
9	27.877	19.023	16.919	14.684	11.389	8.343	5.899	4.168	3.325	2.7	1.152
10	29.588	20.483	18.307	15.987	12.549	9.342	6.737	4.865	3.94	3.247	1.479
11	31.264	21.92	19.675	17.275	13.701	10.341	7.584	5.578	4.575	3.816	1.834
12	32.909	23.337	21.026	18.549	14.845	11.34	8.438	6.304	5.226	4.404	2.214
13	34.527	24.736	22.362	19.812	15.984	12.34	9.299	7.041	5.892	5.009	2.617
14	36.124	26.119	23.685	21.064	17.117	13.339	10.165	7.79	6.571	5.629	3.041
15	37.698	27.488	24.996	22.307	18.245	14.339	11.037	8.547	7.261	6.262	3.483
16	39.252	28.845	26.296	23.542	19.369	15.338	11.912	9.312	7.962	6.908	3.942
17	40.791	30.191	27.587	24.769	20.489	16.338	12.792	10.085	8.672	7.564	4.416
18	42.312	31.526	28.869	25.989	21.605	17.338	13.675	10.865	9.39	8.231	4.905
19	43.819	32.852	30.144	27.204	22.718	18.338	14.562	11.651	10.117	8.907	5.407
20	45.314	34.17	31.41	28.412	23.828	19.337	15.452	12.443	10.851	9.591	5.921
21	46.796	35.479	32.671	29.615	24.935	20.337	16.344	13.24	11.591	10.283	6.447
22	48.268	36.781	33.924	30.813	26.039	21.337	17.24	14.041	12.338	10.982	6.983
23	49.728	38.076	35.172	32.007	27.141	22.337	18.137	14.848	13.091	11.689	7.529
24	51.179	39.364	36.415	33.196	28.241	23.337	19.037	15.659	13.848	12.401	8.085
25	52.619	40.646	37.652	34.382	29.339	24.337	19.939	16.473	14.611	13.12	8.649
26	54.051	41.923	38.885	35.563	30.435	25.336	20.843	17.292	15.379	13.844	9.222
27	55.475	43.195	40.113	36.741	31.528	26.336	21.749	18.114	16.151	14.573	9.803
28	56.892	44.461	41.337	37.916	32.62	27.336	22.657	18.939	16.928	15.308	10.391
29	58.301	45.722	42.557	39.087	33.711	28.336	23.567	19.768	17.708	16.047	10.986
30	59.702	46.979	43.773	40.256	34.8	29.336	24.478	20.599	18.493	16.791	11.588
35	66.619	53.203	49.802	46.059	40.223	34.336	29.054	24.797	22.465	20.569	14.688
40	73.403	59.342	55.758	51.805	45.616	39.335	33.66	29.051	26.509	24.433	17.917
45	80.078	65.41	61.656	57.505	50.985	44.335	38.291	33.35	30.612	28.366	21.251
50	86.66	71.42	67.505	63.167	56.334	49.335	42.942	37.689	34.764	32.357	24.674
55	93.167	77.38	73.311	68.796	61.665	54.335	47.61	42.06	38.958	36.398	28.173
60	99.608	83.298	79.082	74.397	66.981	59.335	52.294	46.459	43.188	40.482	31.738
65	105.988	89.177	84.821	79.973	72.285	64.335	56.99	50.883	47.45	44.603	35.362
70	112.317	95.023	90.531	85.527	77.577	69.334	61.698	55.329	51.739	48.758	39.036
75	118.599	100.839	96.217	91.061	82.858	74.334	66.417	59.795	56.054	52.942	42.757
80	124.839	106.629	101.879	96.578	88.13	79.334	71.145	64.278	60.391	57.153	46.52
85	131.043	112.393	107.522	102.079	93.394	84.334	75.881	68.777	64.749	61.389	50.32
90	137.208	118.136	113.145	107.565	98.65	89.334	80.625	73.291	69.126	65.647	54.156
95	143.343	123.858	118.752	113.038	103.899	94.334	85.376	77.818	73.52	69.925	58.022
100	149.449	129.561	124.342	118.498	109.141	99.334	90.133	82.358	77.929	74.222	61.918

## ANEXO 6

### GLOSARIO

**Anormal:** una lesión o crecimiento anormal pueden ser cánceres, lesiones premalignas o benignos.

**ASC-US:** Células escamosas atípicas de significado indeterminado en el sistema Bethesda.

**Antifúngico:** Relativo a una sustancia que destruye los hongos o inhibe su crecimiento o reproducción.

**Cáncer:** neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplasicas que tienden a invadir el tejido circundante y metastatizar a puntos distantes del organismo.

**Cáncer cervical:** neoplasia del cuello uterino que protruye en la vagina.

**Candidiasis:** infección producida por una especie de cándida, por lo general cándida albicans. Que se caracteriza por prurito, un exudado blanco, erosión cutánea y sangrado fácil.

**Cervicouterino:** relativo al cuello del utero o situado en él.

**Cervicitis:** inflamación aguda o crónica del cuello del utero.

**Citología:** Papanicolaou. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.

**Clamidia:** Chlamydia. Germen patógeno de transmisión por contacto sexual causante de uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, conjuntivitis y linfogranuloma venéreo.

**Colposcopia:** Exploración instrumental de la cavidad vaginal mediante un colposcopio.

**Condiloma:** Acuminado. Elevación verrugosa o papilomatosa de diferentes tamaños y localizaciones genitales causadas por el virus del papiloma humano.

**Cuello uterino:** Cérvix. Cilindro de unos 3 cm de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

**Endocérvix:** Parte interna del cuello uterino que forma el canal que conecta la vagina con el útero.

**Endometrio:** Membrana mucosa que tapiza la cavidad uterina.

**Enfermedades de transmisión sexual:** ETS. Incluyen las enfermedades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma inguinal) y la tricomoniasis, candidiasis, infecciones genitales inespecíficas, clamidias, papiloma virus humano, herpes, SIDA, etc.

**Espátula de ayre:** material de madera con bordes atraumáticos para la recolección de muestras del fónix y del ectocérvix.

**Espéculo vaginal:** Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix.

**Histerectomía:** Extirpación del útero por vía abdominal o vaginal.

**Prueba de Papanicolaou:** es un examen, cuyo fin es detectar en forma temprana anomalías del cuello de útero que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

**PAP:** Prueba de Papanicolaou.

**Tamizaje:** Implica la aplicación de una prueba relativamente simple y barata a sujetos asintomáticos con el objeto de clasificarlos como portadores probables o no de la enfermedad objeto del tamizaje. Los casos positivos pueden someterse a subsiguientes procesos convencionales de diagnóstico.

**Unión escamo columnar:** es el punto donde las células columnares del endocérvix se unen con las células escamosas del endocérvix. Esta unión se localiza en el centro de la zona de la transformación y es muy vulnerable a cambios anormales en células cervicales.

**Vagina:** Conducto conectivo que conecta el útero con el exterior.

**Vaginismo:** Intensa sensibilidad al contacto que impide la práctica del acto sexual.

**Vaginosis bacteriana:** Vaginitis por bacterias generalmente producida por Gardnerella.

**Vulva:** Genitales femeninos externos.

**Zona de la transformación:** localizada en la superficie del cérvix, la zona de transformación se compone de epitelio glandular (columnar) hasta el comienzo de la pubertad, cuando el epitelio columnar se reemplaza gradualmente por epitelio escamoso (semejante al epitelio de la vagina). El cáncer cervical se origina generalmente en la zona de la transformación.