

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



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:**

**MITOS Y CREENCIAS RELACIONADAS CON LA PRUEBA DE  
PAPANICOLAOU EN USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE  
SALUD FAMILIAR INTERMEDIA JOCORO; ESPECIALIZADA CIUDAD  
MUJER MORAZÁN Y BÁSICA SAN MATÍAS CIUDAD BARRIOS, SAN  
MIGUEL AÑO 2019**

**PRESENTADO POR:**

**ANA MARISELA GUZMÁN BONILLA  
GEMA MILAGRO DE DIOS MÁRQUEZ MÁRQUEZ  
LUISA MARGARITA MÁRQUEZ MARQUINA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTORA EN MEDICINA.**

**DOCENTE ASESOR:  
DR. WILFREDO PÉREZ ROSALES.**

**NOVIEMBRE DE 2019.  
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**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 MARIN**  
**FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**  
**AUTORIDADES**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ**  
**DECANO**

**LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS**  
**VICEDECANO**

**LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA**  
**SECRETARIO INTERINO**

**ASESORES DE LA INVESTIGACIÓN**

**DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES**  
**DOCENTE ASESOR**

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

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AUTORIDADES**

**MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES**

**JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN DE  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

**DOCTOR WILFREDO PÉREZ ROSALES**

**DOCENTE ASESOR**

**DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

ANA MARISELA GUZMÁN BONILLA  
GEMA MILAGRO DE DIOS MÁRQUEZ MÁRQUEZ  
LUISA MARGARITA MÁRQUEZ MARQUINA

Carne:GB10011  
Carne:MM07167  
Carne:MM10058

**MITOS Y CREENCIAS RELACIONADAS CON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA JOCORO; ESPECIALIZADA CIUDAD MUJER MORAZÁN Y BÁSICA SAN MATÍAS CIUDAD BARRIOS, SAN MIGUEL AÑO 2019**

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctora en Medicina por la universidad de El Salvador.

## **DEDICATORIAS**

Le doy gracias a Dios por darme la oportunidad de llegar hasta esta etapa de mi vida, por darme salud, sabiduría, paciencia, perseverancia y fe, virtudes que me han ayudado a hacer la persona que hoy soy, ya que sin ti Señor no hubiese logrado mi éxito.

A mis Padres, principalmente a mi madre Concepción Bonilla; le dedico este triunfo pues sé que significa mucho para ella, le agradezco por todo ese amor, apoyo, comprensión y ayuda que me han brindado en todas las etapas de mi vida y sobre todo en esta que para mí significa mucho, gracias por ser una madre ejemplar e inculcarme la educación, por depositar su confianza en mí lo cual me dio ánimos y valor para seguir luchando por mis ideales.

A mi hermano Adalberto Flores, le agradezco por su empeño y estar siempre conmigo dándome su apoyo y aliento en los momentos difíciles a pesar de la distancia, por brindarme sus consejos dignos de un hermano, ha sido mi hermano y mi amigo, ha creído en mí, lo cual me llena de orgullo, regocijo y me ha impulsado a seguir adelante, a la vez enseñándome que nuestros sueños podemos hacerlos realidad si luchamos por ellos.

A toda mi familia, hermanos, mis tíos y tías, también les dedico este triunfo porque de alguna manera estuvieron ahí apoyándome en el transcurso de este proceso.

También quiero agradecer a todos los docentes que tuvieron la paciencia de guiarnos y brindarnos sus sabios conocimientos en este último peldaño de nuestra carrera, gracias por todo su apoyo y comprensión.

A todos mis amigos, amigas, compañeros y compañeras gracias por el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por la comprensión y paciencia para superar tantos momentos difíciles.

**Ana Marisela Guzmán Bonilla.**



## DEDICATORIAS

Se la dedico a Jehová quien me eligió desde el vientre de mi madre para ser un instrumento de sus dones, quien ha estado en cada uno de mis pasos, el alfarero de mi caminar que entre tanto tropiezo siempre me ha levantado y nunca me abandonará, así como la dicha de poner a personas que me apoyan incondicionalmente, que han tenido paciencia para mis desaciertos y las palabras oportunas para ver una salida.

A mi madre Digna Márquez, quien en su mirada se refleja ese el anhelo y deseo de verme terminar mis metas y siempre pensar en lo mejor para mí, por ese amor y esa preocupación día a día, a la hora de comer y un; si te hace falta algo dímelo, que no podía faltar, por eso y muchas cosas más Gracias Mamá.

A mi Padre Ignacio Márquez, quien no tuvo la oportunidad de ver todos los triunfos que he logrado de la mano de Dios, pero sin embargo se fue orgulloso, orgulloso de pensar que algún día su hija seria una doctora. Por su amor por sus enseñanzas, por sus historias, por hacerme entender que en la vida se debe de luchar hasta el final, por todo eso y por muchas cosas más Gracias Papá.

A mis hermanas Arely Márquez y Digna Márquez, que han sido un pilar fundamental en mi dirección, en despertar y pulir en casa mis talentos, en enseñarme que hay que explorar nuevas alternativas que no se debe de quedar quieto en la vida, y sobre todo respetando a los demás, por eso y más Gracias Hermanas.

A mi futuro esposo quien ora por mí, y busca mi bienestar, que es paciente ante cualquier situación, Carlos Ramirez, mi confidente, mi protector, mi motor, mi ayuda, mi futuro hogar. Por esas cosas y más, gracias mi amor.

A las personas que he encontrado en lo largo de mi carrera, personas que estuvieron dispuestas a quedarse y apoyarme, que confían en mí, y que me aman, acompañada de otro regalo que me da Dios, verlos cada día, sonriendo, compartiendo cada triunfo.

A quienes no están a mi lado y su tiempo en esta tierra terminó, gracias por coincidir, gracias por amarme, gracias por los recuerdos que no tienen precio, están tan atesorados en mi corazón y en mis victorias ahí van sus nombres y apellidos.

**Gema Milagro de Dios Márquez Márquez.**

## **DEDICATORIAS**

Agradezco a Dios todopoderoso por regalarme la vida y por darme la sabiduría de lograr mi meta, a mis padres que son mi mayor fuerza y motivación porque estuvieron ahí cuando todo parecía difícil y creyeron en mi incondicionalmente.

A mis hermanos porque siempre me han dado palabras de aliento y también porque han celebrado conmigo mis triunfos.

A mi tía Clely por todo el apoyo brindado en mi carrera, sin ella mi objetivo no hubiese sido posible; a mi abuela Licha por confiar en mí y apoyarme, mis tíos Concepción, Luisa, Luis, Zoila, Virginia por su enorme ayuda moral y económica, a mis primos por siempre apoyarme y su cariño, a mis hermanos en Cristo gracias por apoyarme y por creer en mí por darme siempre las palabras justas para seguir luchando

Y a cada uno de las personas que fueron parte de mi aprendizaje, docentes, doctores, personal de enfermería, administrativo, y también a los cientos de pacientes que también han sido parte de mi formación.

**Luisa Margarita Márquez Marquina**

| <b>TABLA DE CONTENIDO</b>                           | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>Lista de Tablas.....</b>                         | <b>xi</b>   |
| <b>Lista de Gráficas .....</b>                      | <b>xii</b>  |
| <b>Lista de Anexos.....</b>                         | <b>xiii</b> |
| <b>Resumen.....</b>                                 | <b>xiv</b>  |
| <b>Introducción .....</b>                           | <b>xv</b>   |
| <b>1. Planteamiento del Problema .....</b>          | <b>1</b>    |
| <b>2. Marco Teórico. ....</b>                       | <b>3</b>    |
| <b>3. Operacionalización de las variables. ....</b> | <b>25</b>   |
| <b>4. Diseño Metodológico.....</b>                  | <b>27</b>   |
| <b>5. Resultados .....</b>                          | <b>32</b>   |
| <b>6. Discusión .....</b>                           | <b>57</b>   |
| <b>7. Conclusiones.....</b>                         | <b>62</b>   |
| <b>8. Recomendaciones .....</b>                     | <b>64</b>   |
| <b>9. Referencias Bibliograficas.....</b>           | <b>65</b>   |

## **LISTA DE TABLAS**

**Pág.**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabla 1: Distribución de la población por edad. ....</b>                                  | <b>32</b> |
| <b>Tabla 2: Procedencia de la población en estudio .....</b>                                 | <b>33</b> |
| <b>Tabla 3: Estado civil de la población en estudio. ....</b>                                | <b>34</b> |
| <b>Tabla 4: Ocupación de la población en estudio.....</b>                                    | <b>35</b> |
| <b>Tabla 5: Número de hijos en usuarias. ....</b>  | <b>36</b> |
| <b>Tabla 6: Grado de escolaridad de la población es estudio. ....</b>                        | <b>37</b> |
| <b>Tabla 7: Religión a la que pertenece población en estudio.....</b>                        | <b>38</b> |
| <b>Tabla 8: ¿Sabe para qué sirve la prueba de Papanicolaou? .....</b>                        | <b>39</b> |
| <b>Tabla 9: ¿Se ha tomado prueba de Papanicolau? .....</b>                                   | <b>40</b> |
| <b>Tabla 10: En caso de no, ¿por qué? .....</b>  | <b>41</b> |
| <b>Tabla 11: Ultima realización de Papanicolaou. ....</b>                                    | <b>44</b> |
| <b>Tabla 12: Familiares con antecedentes de cáncer cervicouterino.....</b>                   | <b>45</b> |
| <b>Tabla 13: Mitos. ....</b>   | <b>46</b> |
| <b>Tabla 14: Creencias .....</b>   | <b>49</b> |
| <b>Tabla 15: Comparación de factores favorables y desfavorables sobre<br/>mitos.....</b>     | <b>52</b> |
| <b>Tabla 16: Comparación de factores favorables y desfavorables sobre<br/>creencias.....</b> | <b>54</b> |

## **LISTA DE GRÁFICAS**

**Pág.**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Gráfica 1: Rango de edades de la población en estudio.....</b>       | <b>33</b> |
| <b>Gráfica 2: Ubicación de la población en estudio. ....</b>            | <b>34</b> |
| <b>Gráfica 3: Estado civil de la población en estudio. ....</b>         | <b>35</b> |
| <b>Gráfica 4: Ocupación de la población es estudio. ....</b>            | <b>36</b> |
| <b>Gráfica 5: Número de hijos de la población en estudio.....</b>       | <b>37</b> |
| <b>Gráfica 6: Grado de escolaridad de la población en estudio .....</b> | <b>38</b> |
| <b>Gráfica 7: Religión de la población es estudio.....</b>              | <b>39</b> |
| <b>Gráfica 8: ¿Sabe para qué sirve?.....</b>                            | <b>40</b> |
| <b>Gráfica 9: Toma de PAP de la población en estudio.....</b>           | <b>41</b> |
| <b>Gráfica 10: En caso de no, ¿por qué? .....</b>                       | <b>43</b> |
| <b>Gráfica 11: Última realización de Papanicolaou. ....</b>             | <b>44</b> |
| <b>Gráfica 12: Antecedentes familiares de ca cérvix.....</b>            | <b>45</b> |
| <b>Gráfica 13: Mitos.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>Gráfica 14: Creencias.....</b>                                       | <b>51</b> |

| <b>LISTA DE ANEXOS</b>                         | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>Anexo 1: Consentimiento informado .....</b> | <b>67</b>   |
| <b>Anexo: 2 Instrumento.....</b>               | <b>68</b>   |
| <b>Anexo 3: Glosario.....</b>                  | <b>71</b>   |
| <b>Anexo 4: Siglas y Abreviaturas .....</b>    | <b>73</b>   |
| <b>Anexo 5: Presupuesto .....</b>              | <b>74</b>   |
| <b>ANEXO 6: Cronograma De Actividades.....</b> | <b>75</b>   |

## RESUMEN

El Papanicolaou la principal prueba de tamizaje para identificar lesiones cervicouterinas precancerosas, a pesar de ser un procedimiento beneficioso, existen mitos y creencias que entorpecen la adherencia a la prueba. **Objetivo:** Determinar cuáles son los mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jocoro; Especializada Ciudad Mujer Morazán, Básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel año 2019. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, tipo transversal, prospectivo y de campo. **El universo** 364 usuarias de 20 a 59 años cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. **Técnica** de recolección de datos documental bibliográfica y de campo. **El instrumento** la cedula de entrevista, se validó la prueba piloto con Alfa de Cronbach de 0.71. **Resultados:** mujeres entre 27 a 33 años presentan mayor participación, 72% pertenecen al área rural, el 63.7% amas de casa, el 35.9% casadas y un 39.3% educación media y el 48.6% de religión católica; en un 83.8% sabe para qué sirve la prueba y un 89.6% de las mujeres entrevistadas se realizan la prueba y en un 66.4% de forma periódica de uno a dos años. **Conclusiones:** se obtuvo como principal mito la preferencia por personal de salud en este caso médico que realiza la prueba, la desconfianza ante la intervención del sexo masculino, en creencias como principal manifestaron que la prueba puede salvar su vida y se realizan la prueba por indicación de un médico. Esto nos hace ver qué aún existen en las usuarias mitos y creencias que influyen negativamente a realizarse la prueba ya sea por influencias tanto externas como personales, pero a pesar de ello no les impide realizársela ya que la mayoría de usuarias la práctica para prevenir el cáncer cervicouterino.

**Palabras clave:** mitos, creencias, prueba de Papanicolaou, cáncer cervicouterino.

## INTRODUCCIÓN

Los fundamentos de la citología se remontan al siglo pasado. Están estrechamente vinculados con las investigaciones de las ciencias naturales que siguieron al descubrimiento de la célula como unidad estructural y funcional de los seres vivos por Schleiden y Schwann. En el mismo laboratorio trabajaba Rudolf Virchow, quien se familiarizó con la citología y donde desarrolló la teoría celular de la enfermedad. En 1916, George Papanicolaou y Stockard estudiaron los aspectos citomorfológicos del ciclo vaginal de los cobayos, En 1923, George Papanicolaou, quien desarrollaba un proyecto de investigación sobre el extendido vaginal en el Woman's Hospital de Nueva York, reconoció células anormales malignas de un cáncer cervical. Muy sorprendido por su observación, se dedicó al estudio de la citología en el cáncer ginecológico. El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou detecta células anómalas en una muestra tomada del cuello uterino. Implica realizar una exploración mediante espejo para exponer el cuello y el orificio uterino, y obtener células del cuello uterino utilizando una espátula de madera o plástico, un hisopo o un cepillo. Luego se realiza un frotis de estas células y se fija en un portaobjetos de vidrio. Es la principal prueba de tamizaje con alta sensibilidad para identificar lesiones de alto grado a nivel del cérvix. Por estos motivos, en países en vía de desarrollo este examen se toma como una estrategia de bajo costo que fomenta la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la identificación temprana de lesiones cervicouterina en la población de mujeres jóvenes. A nivel mundial el cáncer cérvico uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres, en 2018, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud.

En El Salvador, el cáncer cérvico uterino es la más frecuente y con más alta mortalidad entre las mujeres. Según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, El Salvador ocupa el quinto lugar entre los países con altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino en el continente americano. En el contexto de la profundización de la Reforma de Salud de El Salvador, donde se reconoce a la salud como un derecho, ha realizado en la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas los diferentes tipos de cáncer. El Ministerio de Salud, conformó la Comisión Interinstitucional e Intersectorial para la formulación participativa de la Política Nacional para la prevención y control del cáncer; Lo anterior generó la elaboración del Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador, 2009 al 2013, el cual permitió reconocer el cáncer de cérvix o cérvico uterino convirtiéndose en la primera causa de cáncer en las mujeres, convirtiéndose en problema de salud



pública. Estableciendo que dichas intervenciones harán que disminuyan las muertes de manera rápida y costo efectivo en los países en vía de desarrollo, razón por la cual se realiza estudio con el objetivo de determinar los mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las unidades comunitarias de salud familia, se toma a bien ya que existen evidencias que el conocimiento sobre las medidas de prevención y sobre la enfermedad conllevan a mejorar las actitudes frente a la prueba del PAP y con ello a un diagnóstico precoz, asimismo, a través de estudios en otros países se ha comprobado que existen factores relacionados con los servicios de salud que influye negativamente en la decisión de las mujeres hacia la toma del Papanicolaou, tales como falta de confianza en el profesional de salud por una mala experiencia o por la falta de respuesta de los programas a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada. El estudio sobre mitos y creencias nos adentran al conocimiento que tienen las usuarias sobre esta prueba para que sirva de base fundamental a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud con el fin de educar a la población en este caso a las mujeres en edad fértil. A pesar de que se ha logrado una mejor accesibilidad para el tamizaje de esta enfermedad, aún existen usuarias con cáncer que son diagnosticadas en etapas avanzadas y el número de ellas con lesiones pre malignas y malignas de cérvix cada vez es mayor, porque son muchas las pacientes que por múltiples barreras ya sea la falta de conocimiento, la presencia de mitos y creencias o de percepción ante la prueba que les impiden asistir al centro de salud a realizarse la prueba para un mejor cuidado de su salud. Este problema pone de manifiesto la importancia de buscar soluciones para que las usuarias logren incorporar en su vida diaria prácticas saludables, entré ellas la realización de la prueba de Papanicolaou y la importancia del seguimiento de los resultados. para ello se toma en cuenta las características sociodemográficas, las influencias tanto externas como las de carácter personal relacionadas con el Papanicolaou. La importancia de realizar el proyecto de investigación es identificar los mitos y creencias que poseen las usuarias con el fin de crear consciencia mediante estrategias de promoción y educación para la salud que sirvan como base para implementar medidas que ayuden a educar a la población y así ampliar la cobertura e incentivar a las usuarias sobre la importancia de la realización periódica de la citología cérvico-uterina.

Estudio de tipo descriptivo de campo que se llevó a cabo a usuarias de las unidades comunitarias de salud, intermedia Jocoro, Morazán, Especializada Ciudad Mujer Morazán y Básica San Matías Ciudad Barrios, en donde se les realizó una entrevista con una serie de preguntas, con un total de 364 usuarias, la elección de la muestra es no probabilística por conveniencia en usuarias femeninas de 20 a 59 años.

# **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 Situación problemática**

La citología cervical es la principal prueba de tamizaje con alta sensibilidad para identificar lesiones de alto grado a nivel del cérvix. Por estos motivos, en países en vía de desarrollo este examen se toma como una estrategia de bajo costo que fomenta la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la identificación temprana de lesiones cervicouterina en la población de mujeres jóvenes. La prevención primaria del cáncer cérvico uterino, son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca. Para lograrlo deberán ejecutarse acciones encaminadas a que las personas conozcan sobre: la causa, los factores de riesgo, sus formas de transmisión, como evitarlo, sus manifestaciones, la manera de detectarlo, el tratamiento según el progreso de la enfermedad y los cuidados que se deben tener. De la misma forma se ha resaltado la importancia que tiene el fomento de la salud como parte exitosa en los programas de cribado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dichos programas deben basarse en educación sanitaria, prevención primaria y orientación. Esto debe ser responsabilidad de los dispensadores de la atención sanitaria, los cuales deben llegar a todos los ámbitos en los que se encuentra la mujer, teniendo en cuenta que no solo basta impartir un conocimiento si no que es más probable que se logre un cambio de comportamiento positivo si los dispensadores ayudan a las mujeres a evaluar su propio riesgo de enfermar, facultándolas de este modo para reducir realmente el riesgo. Toda mujer sexualmente activa debe empezar a tomarse la citología a partir de los 6 meses iniciado coito; no tomarse esta prueba de tamizaje la pone en riesgo, ya que puede llegar hasta las etapas tempranas del cáncer cérvico uterino invasivo sin presentar síntomas, lo que atrasaría su diagnóstico, tratamiento y empeoraría el pronóstico. La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, basada en la historia natural de la enfermedad y de acuerdo a la evidencia científica más actualizada, son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad.

Para el año 2018 según Sistema de información de morbimortalidad en línea (SIMMOW) de El Salvador se tomaron 20,676 citologías cervicales de primera vez en todo el territorio salvadoreño de las cuales se tomaron 23 en Unidad comunitaria de Salud Familiar (UCSF) Intermedia Jocoro, 34 en Ciudad Mujer El Divisadero, y 11 en UCSF Básica, San Matías además se tomaron 202,482 citologías cervicales subsecuentes que se distribuyen así: 136 en UCSF Intermedia Jocoro, 2,567 en Ciudad Mujer El Divisadero, y 28 en UCSF Básica, San Matías, solo existe un dato exacto de las citologías cervicales realizadas pero no existe evidencia del porcentaje de mujeres que se realizan dicho

tamizaje, además que solo es la población que se realiza las citologías cervicales a nivel público, no hay registro de citologías tomadas en consultorios privados. A nivel mundial el cáncer cérvico uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres, en 2018, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud (1). En El Salvador, el cáncer cérvico uterino es la más frecuente y con más alta mortalidad entre las mujeres. Según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El Salvador ocupa el quinto lugar entre los países con altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cérvico uterino en el continente americano. El Global Cáncer Center (GLOBOCAN) 2008 ubicó a El Salvador entre los países con altas tasas de incidencia (más de 30 casos nuevos por 100, 000 mujeres) y de mortalidad (más de 16 fallecidas por 100, 000 mujeres). La prevalencia a cinco años fue de 170.6 por 100, 000 mujeres en 2008(2). Durante el año 2012, la tasa de incidencia en el país se redujo a 24.8 por 100, 000 mujeres y la tasa de mortalidad a 11.9 por 100,000 mujeres.

Es necesario fortalecer el programa de prevención y control del cáncer cervicouterino, los componentes de salud sexual y reproductiva y capacitación del personal que atiende a dicha población y sumar esfuerzos para la introducción de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano en los programas nacionales de vacunación de los países que integran la región de las Américas. Estableciendo que dichas intervenciones harán que disminuyan las muertes de manera rápida y costo efectivo en los países en vía de desarrollo. Razón por la cual se realiza estudio sobre mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar intermedia de Jocoro, especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías, Ciudad Barrios, se toma a bien ya que existen evidencias que el conocimientos sobre las medidas de prevención y sobre la enfermedad conllevan a mejorar las actitudes frente a la prueba del PAP y con ello a un diagnóstico precoz; Asimismo se ha comprobado que existen factores relacionados con los servicios de salud que influye negativamente en la decisión de las mujeres hacia la toma del Papanicolaou, tales como falta de confianza en el profesional de salud por una mala experiencia o por la falta de respuesta de los programas a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada. Los estudios sobre mitos y creencias nos adentran al conocimiento que tienen las usuarias sobre esta prueba para que sirva de base fundamental a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud con el fin de educar a la población en este caso a las mujeres en edad fértil.

## **1.2 Antecedentes del problema del objeto de estudio**

En el año 2006 en Chile se realizó una tesis de tipo descriptiva, exploratoria, la cual tiene como objetivo conocer los Mitos y Creencias, que influyen en la no realización del Papanicolau y Mamografía. El propósito final del estudio es reorientar las estrategias de prevención del Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama, contemplando los aspectos culturales de la mujer. Se pudo identificar la existencia de factores motivacionales y desalentadores, que determinan la realización del Papanicolau y Mamografía. Si bien el objetivo de la investigación fue conocer los Mitos y Creencias que influían en la no realización de estos exámenes, se encontraron otros factores que actúan como barrera en la realización de ellos. Con respecto al conocimiento del Cáncer Cervicouterino y Cáncer de Mama, no existe concordancia entre poseer conocimientos para estas patologías y la realización de los respectivos exámenes preventivos. (15). Además, se realizó una tesis de enfermería sobre Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas en el año 2012, Estudio analítico de corte transversal realizado en 333 mujeres chilenas. Se estudiaron las creencias sobre el Papanicolaou y el cáncer encontrando que La barrera principal para adherir al Papanicolaou es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida. El 14,1% señala la presencia de relaciones sexuales como necesaria para adherir al tamizaje. El 17,4% de las mujeres se percibe fuera de riesgo de desarrollar un cáncer cervicouterino. Conclusión: Las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población, empezando por valorarlas y comprenderlas para posteriormente poder modificarlas (7). Así también en Ecuador se realizó tesis de enfermería sobre mitos y creencias relacionados al procedimiento del papanicolau en mujeres que iniciaron su vida sexual y acuden al centro de salud "el valle", febrero – julio 2016, en consecuencia de que los mitos y creencias que se transmiten de generación en generación, suelen convertirse en barrera para la ejecución de ciertas acciones en pro de la salud y bienestar de la mujer; se realizó una investigación cualitativa que involucró a 10 mujeres que acuden al centro de salud "el valle", la técnica utilizada fue la entrevista verbal directa semiestructurada, determinando los mitos o creencias relacionados al papanicolaou, como resultado se encontró que las usuarias no se realizan la prueba por: "me da vergüenza", "tengo miedo", "hay muchas personas dentro de la sala", "preferiría una doctora no un doctor", "no tengo tiempo", "es doloroso"(8)

En México se realizó tesis sobre Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios: El procedimiento de elección para la detección temprana del cáncer cervicouterino en la mujer es el examen del Papanicolaou. Llegando a la conclusión que en México existe una baja prevalencia de uso de esta prueba y entre los factores que se han encontrado relacionados con su limitado uso están: el pudor, la falta de información sobre

la utilidad de la prueba o la falta de consentimiento de la pareja. Estos datos revelan la necesidad de profundizar las intervenciones referentes a la educación sexual en la educación superior. (9). También en Perú realizó investigación "Creencias sobre el Papanicolaou en las pacientes del Puesto de Salud San Francisco de Asís de Sunicancha- Huarochirí 2017", fue de enfoque cualitativo. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: "es muy doloroso", "demora mucho tiempo", "prefiero no saber que estoy enferma", "me rasparon y sacaron algoito" "me dio vergüenza", entre otras. (16)

### **1.3 Enunciado del problema.**

¿Cuáles son los mitos y creencias relacionados con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jocoro; especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel en el año 2019?

### **1.4 Justificación**

El cáncer cérvico-uterino es una de las principales causas de muerte por neoplasias malignas en la población femenina, a escala mundial es el cuarto tipo de cáncer más común y es uno de los tipos más prevenible, detectable y tratable, siempre y cuando se detecte en un estadio precoz. En El Salvador, el cáncer cérvico-uterino es el más frecuente y con más alta mortalidad entre las mujeres, ocupa el quinto lugar entre los países con altas tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cérvico-uterino en el continente americano. A pesar de que se ha logrado una mejor accesibilidad para el tamizaje de esta enfermedad, en todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del país hay varias usuarias con cáncer que son diagnosticadas en etapas avanzadas y el número de ellas con lesiones pre malignas y malignas de cérvix cada vez es mayor, porque son muchas las pacientes que por múltiples barreras ya sea la falta de conocimiento, la presencia de mitos y creencias o de percepción ante la prueba que les impiden asistir al centro de salud a realizarse la prueba para un mejor cuidado de su salud. Este problema pone de manifiesto la importancia de buscar soluciones para que las usuarias logren incorporar en su vida diaria prácticas saludables, entre ellas la realización de la prueba de Papanicolaou y la importancia del seguimiento de los resultados.

Es necesario analizar porque algunas mujeres a pesar de conocer esta prueba presentan resistencia o renuencia a realizarse dicha prueba, para ello se debe de tomar en cuenta las características sociodemográficas, las influencias tanto externas como las de carácter personal relacionadas con el Papanicolaou, todo con el propósito de aumentar el número de mujeres que debido a sus temores y creencias no se realizan la prueba, a pesar de encontrarse accesibles las unidades de salud para muchos sectores de la población.

Para el Ministerio de Salud y los profesionales de la salud la importancia de realizar este proyecto de investigación es identificar los mitos y creencias que poseen las usuarias en estudio con el fin de crear consciencia mediante estrategias de promoción y educación para la salud que servirán como base para implementar medidas que ayuden a aminorar los mitos y creencias que influyen en la decisión de toma de la prueba de Papanicolaou y así ampliar la cobertura e incentivar a las usuarias sobre la importancia de la realización periódica de la citología cérvico-uterina para la prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino. Finalmente se ha seleccionado el rango de edades de 20-59 años para nuestro estudio tomando en cuenta que a esta edad es más frecuente que las mujeres se encuentren sexualmente activas y se detectan lesiones precancerosas.

## **1.5 Objetivos.**

### **Objetivo general.**

- Determinar cuáles son los mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jococho; especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel año 2019.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Jerarquizar los mitos y creencias sobre la prueba de Papanicolaou que poseen las usuarias que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar en estudio.
- Comparar los factores favorables y desfavorables ante la toma de Papanicolaou.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 Antecedentes históricos de citología cérvico uterina**

Los fundamentos de la citología se remontan al siglo pasado. Están estrechamente vinculados con las investigaciones de las ciencias naturales que siguieron al descubrimiento de la célula como unidad estructural y funcional de los seres vivos por Schleiden y Schwann. Estos investigadores trabajaban en la Universidad de Berlín y eran discípulos de Johannes Müller, Profesor de Anatomía, Fisiología y Patología. En el mismo laboratorio trabajaba Rudolf Virchow, quien se familiarizó con la citología y donde desarrolló la teoría celular de la enfermedad. En 1916, George Papanicolaou y Stockard estudiaron los aspectos citomorfológicos del ciclo vaginal de los cobayos utilizando la técnica del frotis para predecir el momento de la ovulación de los cobayos y obtener óvulos en estado premitótico. Estos estudios se extendieron posteriormente a primates, que tienen un ciclo ovárico comparable al humano. En 1923 iniciaron un proyecto para el estudio del frotis vaginal de la mujer. Como resultado de estas investigaciones, Papanicolaou y colaboradores establecieron de manera definitiva la existencia de ciclos vaginales comparables al ciclo endometrial y que la exfoliación vaginal es un reflejo de los cambios histológicos del epitelio vaginal. Los resultados de estas investigaciones fueron publicados en 1933 en la monografía "The Sexual Cycle in the Human Female as Revealed by vaginal Smears". Con anterioridad, en 1920 había publicado un libro sobre el aspecto celular de la vagina durante el embarazo. En 1923, George Papanicolaou, quien desarrollaba un proyecto de investigación sobre el extendido vaginal en el Woman's Hospital de Nueva York, reconoció células anormales malignas de un cáncer cervical. Muy sorprendido por su observación, se dedicó al estudio de la citología en el cáncer ginecológico.

En el contexto de la profundización de la Reforma de Salud de El Salvador, donde se reconoce a la salud como un derecho y partiendo de la priorización que la actual gestión gubernamental ha realizado en la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas los diferentes tipos de cáncer (6).

El Ministerio de Salud, en adelante Ministerio de Salud (MINSAL), conformó la Comisión Interinstitucional e Intersectorial para la formulación participativa de la Política Nacional para la prevención y control del cáncer. Lo anterior generó la elaboración del Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador, 2009 al 2013, el cual permitió reconocer el cáncer de cérvix o cérvico uterino convirtiéndose en la primera causa de cáncer en las mujeres, convirtiéndose en problema de salud pública. (2).

### **2.1.1 Constitución de la República**

Código de Salud: Artículo 65: La salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Artículo 40: El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

### **2.2 Definición de Papanicolaou o citología cervicouterina**

El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou detecta células anómalas en una muestra tomada del cuello uterino. Implica realizar una exploración mediante espejo para exponer el cuello y el orificio uterino, y obtener células del cuello uterino utilizando una espátula de madera o plástico, un hisopo o un cepillo. Luego se realiza un frotis de estas células y se fija en un portaobjetos de vidrio. Después, un técnico con formación en citología evalúa cada portaobjetos en el microscopio. Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un período no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual de la mujer, independientemente de la edad. (21)

#### **2.2.1 Recomendaciones para la usuaria:**

Las recomendaciones para la obtención adecuada de la muestra son:

- Realizar la toma 2 semanas después del primer día del último ciclo menstrual (entre los días 10-18)
- Realizar la toma antes de cualquier otra exploración cervical o vaginal.
- Evitar realizar el examen durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último periodo menstrual. Si hay sangrado, anormal o por menstruación, debe diferirse la toma de la citología, ya que la sangre dificulta el diagnóstico.
- Evitar 48 horas previas a la toma: ducha vaginal, uso de tampones, espumas anticonceptivas, gelatinas u otras cremas o medicamentos vaginales.
- No tener relaciones sexuales durante las 48 horas previas a la toma.
- Evitar el uso de lubricante para no contaminar la muestra.
- Si existe flujo vaginal que cubra el cérvix, removerlo cuidadosamente con una torunda húmeda de solución fisiológica. Si la cervicitis o vaginitis son intensas, debe darse tratamiento y diferir la toma.

#### **2.2.2 Contraindicaciones para realizar la prueba**

- Presencia de sangrado transvaginal.
- Haber tenido relaciones sexuales 48 horas previas a la prueba PAP.



-Heber realizado duchas vaginales o haber aplicado algún medicamento vaginal.

### **2.2.3 Detección selectiva y prevención del cáncer cervical**

La prevención y el control del cáncer cervical se pueden dividir en varios componentes. Uno incluye la detección selectiva citológica y el control de las anomalías en la triple toma cervicovaginal.

Otro es el diagnóstico histológico y la extirpación de las lesiones precancerosas. Otro componente adicional es la extirpación quirúrgica de los cánceres infiltrantes con radioterapia y quimioterapia complementarias. Un aspecto nuevo es el programa de vacunación contra virus del papiloma humano (VPH) aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense para la prevención de la infección por VPH. También se está valorando la eficacia de las vacunas frente al VPH como un instrumento terapéutico en las lesiones precancerosas de cérvix.

La razón por la que la detección selectiva citológica resulta tan eficaz para la prevención del cáncer cervical es que la mayoría de esos cánceres están precedidos por una lesión precancerosa de larga evolución. Tal lesión puede persistir en la fase no invasiva durante años y desprender células anormales que pueden ser detectadas en el estudio citológico. Las triples tomas cervicovaginales son preparaciones citológicas de células exfoliadas desde la zona de transformación cervical, teñidas con el método de Papanicolaou. (10)

### **2.2.4 Reporte de la muestra**

Se reporta en base al 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.(11)

Y esta lo reporta de la siguiente manera:

### **Conducta según resultados de Papanicolaou.**

| <b>Resultado de PAP<br/>(sistema Bethesda)</b>   | <b>Manejo</b>   |
|--|---|
| Insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra  | Repetir PAP inmediatamente  |
| Satisfactoria para evaluación/<br>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad   | Repetir PAP en dos años   |
| Satisfactoria para evaluación/<br>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad/<br>Con cambios asociados a inflamación                             | Dar tratamiento según el caso y repetir PAP en uno año. Si nuevo PAP es negativo continuar tamizaje según lineamiento |
| Satisfactoria para evaluación/<br>Negativa para lesión intraepitelial o malignidad/<br>Con presencia de microorganismos                                | Dar tratamiento específico y repetir el PAP en dos Años.  |
| Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)<br>Células escamosas atípicas donde no se puede excluir lesión de alto grado (ASC-H) | Referir a Colposcopia   |
| Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG)  |   |
| Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG)  |   |
| Carcinoma de células escamosas <i>in situ</i>  |   |
| Carcinoma de células escamosas   |   |
| Células glandulares atípicas (AGC)   |   |
| Adenocarcinoma <i>in situ</i>  |   |
| Adenocarcinoma   |   |

**Fuente: Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama.**

### **2.2.5 Complicaciones de la toma de muestra**

-Sangrado transvaginal leve posterior a la toma.

### **2.2.6 Confiabilidad de la prueba**

La citología cervical, a pesar de su demostrada habilidad de detección y su papel en la reducción de la mortalidad de cáncer de cuello uterino, como todo test de muestreo, está limitada por resultados falsos positivos y falsos negativos. Hay varios factores que influyen en la obtención de falsos negativos que en general incluyen errores en la toma y procesamiento de la muestra o errores en la búsqueda e identificación de las células malignas y en su interpretación. Cerca de dos tercios de los falsos negativos resultan de error en la toma de la muestra y el tercio restante por error en la detección. (11)

### **2.2.7 Consecuencias de la no toma de prueba de Papanicolaou**

En la prueba de se examinan células que se recogen del cérvix. El propósito principal de esta prueba es detectar cambios anormales en las células, lo que puede desencadenar a largo plazo cáncer cérvico-uterino. En el peor de los casos el diagnóstico del Papanicolau puede arrojar como resultado que ya se padece un cáncer. Siendo el Papanicolau tan relevante para las mujeres que tienen una vida sexual activa (aunque sean menores de 20 años) es importante practicárselo de manera regular.

1. detectar el Virus del Papiloma Humano. Este virus (VPH) es una infección de transmisión sexual muy común. Por lo general es inofensivo y puede llegar a desaparecer sin necesidad de tratamiento; sin embargo, hay algunos tipos que pueden provocar verrugas genitales y en sus estados más avanzados, cáncer. Hay más de 100 tipos de virus del papiloma humano. Unos 40 tipos de VPH pueden infectar el área genital (la vulva, la vagina, el cuello uterino, el recto, el ano, el pene y el escroto), así como la boca y la garganta. Estos tipos de VPH se deben al contacto sexual. La infección por virus de papiloma humano no tiene cura, aun así, hay muchas opciones para tratarlo y que no afecte la salud e incluso vacunas para evitar algunos tipos del mismo. Hay otros tipos de VPH más comunes y son los que producen las típicas verrugas que salen en manos, pies y otras partes del cuerpo y no son causados por transmisión sexual.

2. descubrir el cáncer del cuello uterino demasiado tarde. El fin del papanicolaou es detectar anomalías de las células del cuello uterino, mismas que en sus estados más avanzados pueden ser causantes de cáncer cérvico. Este tipo de cáncer, si es detectado a tiempo puede ser tratado de manera muy efectiva.

## **2.3 Generalidades del cáncer cérvico uterino.**

### **2.3.1 Definición de cáncer cérvico uterino.**

El cáncer cervicouterino es la neoplasia maligna ginecológica más frecuente. La mayoría de estos cánceres deriva de la infección con el virus del papiloma humano, aunque otros factores del hospedador influyen en la progresión neoplásica después de la infección inicial. En comparación con otros tumores malignos ginecológicos, el cáncer cervicouterino se desarrolla en una población de mujeres más jóvenes. Por tanto, su detección con pruebas de Papanicolaou casi siempre empieza en la adolescencia o en la juventud. Al inicio, casi todos los cánceres son asintomáticos, aunque los síntomas del cáncer cervicouterino avanzado incluyen hemorragia, secreción acuosa y signos de compresión venosa, linfática neural o ureteral relacionada.

El diagnóstico de cáncer cervicouterino casi siempre se establece después de la evaluación histológica de las muestras que se obtienen durante una colposcopia o biopsia de un cuello uterino anormal macroscópicamente. La etapa de este tumor se establece con datos clínicos. El tratamiento varía y casi siempre depende de la estadificación. En general, la enfermedad en etapas tempranas se erradica de manera eficaz por medios quirúrgicos, ya sea conización o histerectomía radical.

Sin embargo, en la enfermedad avanzada, la opción primaria es quimioterapia y radiación. Como es de esperar, la progresión de la enfermedad difiere con la etapa tumoral y ésta es el indicador más importante de supervivencia a largo plazo. Las mujeres con enfermedad en etapa I casi siempre tienen índices altos de supervivencia y bajos de recurrencia, mientras que aquellas con enfermedad avanzada tienen un pronóstico más pobre a largo plazo. La prevención estriba principalmente en la identificación y el tratamiento de las mujeres con displasia de alta malignidad. Es por esta razón que se recomiendan realizar citologías vaginales regulares. Se espera que las vacunas contra el virus del papiloma humano (HPV, human papillomavirus) sean efectivas para reducir la incidencia del cáncer cervicouterino en el futuro.(12)

### **2.3.2 Etiología del cáncer cérvico uterino**

La causa necesaria pero insuficiente del cáncer cérvico uterino es la infección persistente por una o más cepas oncogénicas del VPH, 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).
- Contacto de genitales con objetos sexuales u otros contaminados con VPH (2)
- Durante el parto (por el paso del feto a través del canal del parto de una mujer con infección activa con VPH. Ejemplo: mujer con condilomatosis cervical o vaginal).

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. Normalmente, las capas superficiales del epitelio cervical mueren y se descaman y constantemente se forman nuevas células. No obstante, la infección persistente con VPH oncogénico altera este proceso: las células tienden a multiplicarse continuamente, transformándose primero en células anormales (llamadas lesiones precancerosas o displasia), luego en cáncer in situ y finalmente en cáncer invasor. Entre los 30 y 45 años se observan las lesiones precancerosas. Es importante destacar que la progresión de estas lesiones es lenta (generalmente tardas décadas), lo que permite aplicar medidas de prevención secundaria (detección temprana y tratamiento), evitando así que aparezcan nuevos casos de cáncer cérvico uterino. La mayoría de cánceres cérvico uterinos (in situ e invasivo) se comienzan a detectar a partir de los 45 años.

### **2.3.3 Epidemiología**

A escala mundial, el cáncer cérvico uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres. En 2012, se produjeron 528,000 nuevos casos en el mundo. El 85 % de ellos sucedieron en los países en vías de desarrollo (2). En cuanto a mortalidad por cáncer cérvico uterino, hubo 266,000 muertes en todo el mundo durante el año 2012, representando el 7.5 % de todas las muertes por cáncer en las mujeres. El 85% de las muertes por este cáncer se produjo en las regiones menos desarrolladas. En América, 35,700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad durante ese mismo año. El 80 % de estas muertes se produjo en América Latina y el Caribe, donde este cáncer es el segundo

más frecuente en las mujeres de todas las edades, tanto en incidencia como en mortalidad. El Diagnóstico Situacional de Cáncer en El Salvador, de marzo 2015, hace referencia que actualmente el país se encuentra en proceso de construcción de un registro de cáncer de base poblacional, por lo cual, para conocer la situación y el perfil de la enfermedad a través de los mejores datos disponibles, ha sido necesario obtener la base de los egresos hospitalarios por diagnósticos de cáncer codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CI10).

#### **2.3.4 Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino**

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 (2).

Existen factores de alto riesgo y cofactores determinantes para que se produzca la progresión de las lesiones precancerosas a cáncer cérvico uterino:

- Tener múltiples parejas sexuales o tener una pareja promiscua
- No usar preservativo durante las relaciones sexuales
- Sexo anal
- Consumo de alcohol
- Inicio temprano de las relaciones sexuales
- Abuso sexual

#### **2.3.5 Cofactores de riesgo para la progresión de lesiones precancerosas a cáncer cervical**

- Infección persistente por uno o más VPH de tipo oncogénico
- Inequidades de género
- Nivel socioeconómico bajo
- Inicio tardío de las pruebas de tamizaje de cáncer de cérvix
- Multiparidad (cuatro o más embarazos a término)
- Uso de Anticonceptivos orales (ACO) por más de cinco años
- Tabaquismo
- Infección por Clamidia o virus del Herpes 2
- Inmunosupresión por coinfección por el VIH
- Inmunosupresión

La prevención primaria del cáncer cérvico uterino, son todas las medidas o acciones destinadas a evitar que el cáncer aparezca. Para lograrlo deberán ejecutarse acciones encaminadas a que las personas conozcan sobre: la causa, los factores de riesgo, sus formas de transmisión, como evitarlo, sus manifestaciones, la manera de detectarlo, el tratamiento según el progreso de

la enfermedad y los cuidados que se deben tener. La prevención secundaria del cáncer de cuello uterino, basada en la historia natural de la enfermedad y de acuerdo a la evidencia científica más actualizada, son todas las medidas o acciones destinadas a detectar las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix en estadios iniciales, con el fin de aumentar la tasa de curación de la enfermedad.

El grupo de mayor prioridad para la detección temprana del cáncer cérvico uterino es el de las mujeres de 30 a 59 años (2). Los programas organizados de cribado poblacional mediante tamizajes (PAP y Prueba de VPH), han demostrado su eficacia al disminuir la incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix, cuando se alcanzan coberturas por encima del 70 %-80 % de la población, de manera sistemática y continuada durante muchos años. Se recomienda el tamizaje con PAP (citología convencional), a mujeres de 20 a 29 años de edad.

En mujeres menores de 20 años, se recomienda la toma de PAP de acuerdo a la valoración de riesgo individual. La frecuencia más aceptada para la repetición de la prueba es cada dos años, cuando el PAP previo ha sido reportado. El Papanicolau, se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación del epitelio cervical, con el fin de detectar anomalías celulares. La prueba de VPH se utiliza para detectar el ADN de los VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cérvix. En combinación con la observación utilizando ácido acético, es muy útil para detectar lesiones cervicales precancerosas en mujeres de 30 años o más y definir si pueden ser tratadas con crioterapia o deben ser referidas a colposcopia.

### **2.3.6 Factores pronósticos socioeconómicos menores**

El menor nivel educativo, edad avanzada, obesidad, tabaquismo y residencia en un vecindario pobre tienen una relación independiente con menores índices para detección de cáncer cervicouterino. Las mujeres que viven en vecindarios pobres, en especial tienen acceso limitado a la detección y podrían beneficiarse con programas que llegan a las comunidades y aumentan la disponibilidad de la detección mediante Papanicolaou. (12)

### **2.3.7 Oncogénesis de cáncer cérvico uterino**

El cáncer epidermoide cervicouterino casi siempre se origina en la unión escamocolumnar a partir de una lesión displásica previa, que en la mayor parte de los casos sigue a la infección con HPV. Aunque la mayoría de las jóvenes elimina pronto este virus, aquellas con infección persistente pueden desarrollar enfermedad cervicouterina displásica preinvasor. En general, la progresión de displasia a cáncer invasor requiere varios años, pero existen variaciones

amplias. Las alteraciones moleculares implicadas en la carcinogénesis cervicouterina son complejas y no se comprenden por completo. Ha sido difícil descubrir estos fenómenos moleculares comunes adicionales y los estudios demuestran una gran heterogeneidad. Por consiguiente, se sospecha que la oncogénesis se debe a efectos interactivos entre agresiones ambientales, inmunidad del hospedador y variaciones genómicas en las células somáticas. El virus del papiloma humano tiene una función importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino.

Hay más evidencia sugestiva de que las oncoproteínas de HPV pueden ser un componente crucial de la proliferación cancerosa continua. A diferencia de los serotipos de bajo riesgo, los serotipos oncógenos de HPV pueden integrarse en el genoma humano como resultado, con la infección, las proteínas de replicación temprana del HPV oncógenos, E1 y E2, permiten al virus replicarse dentro de las células del cuello uterino. Tales proteínas se expresan en concentraciones altas en etapas tempranas de la infección. Pueden inducir cambios citológicos que se detectan como lesiones intraepiteliales escamosas de baja malignidad en las pruebas de Papanicolaou. Después puede haber amplificación de la replicación vírica y transformación subsiguiente de las células normales a células tumorales. En particular, los productos génicos oncoproteínas E6 y E7 están implicados en esta transformación. La proteína E7 se une con la proteína supresora tumoral de retinoblastoma (Rb), mientras que E6 se une con la proteína supresora tumoral p53. En ambos casos, la unión conduce a la degradación de estas proteínas supresoras. El efecto de E6 en la degradación de p53 está bien estudiado y se vincula con la proliferación e inmortalización de las células cervicales.

### **2.3.8 Manifestaciones clínicas del cáncer de cérvix**

El cáncer cérvico uterino en estadíos tempranos generalmente es asintomático. Las manifestaciones clínicas aparecen en los estadíos avanzados de la enfermedad y dependen del tipo de crecimiento y diseminación. Según su momento de aparición, los síntomas del cáncer cérvico uterino se clasifican así.

### **2.3.9 Síntomas precoces:**

- Flujo o secreción vaginal fétida.
- Hemorragia irregular en mujeres en edad reproductiva: menstruación más prolongada o profusa, sangrado intermenstrual.
- Sangrado poscoital en mujeres de cualquier edad.
- Sangrado posmenopáusico.
- En caso de sangrado peri menopáusico anormal, se debe descartar cáncer cervical, especialmente si la hemorragia no responde al tratamiento apropiado.



## **2.4 Definición de mito**

Narración maravillosa protagonizada por dioses, héroes o personajes fantásticos, ubicada fuera del tiempo histórico, que explica o da sentido a determinados hechos o fenómenos. Los mitos, en este sentido, forman parte del sistema de creencias de un pueblo o cultura. Considerados en conjunto, los mitos conforman una mitología. La mitología, como tal, es la que sustenta la cosmovisión de una cultura, es decir, el conjunto de relatos con los cuales un pueblo se ha explicado tradicionalmente a sí mismo el origen y razón de ser de todo lo que lo rodea. Los mitos responden preguntas existenciales y ofrecen explicaciones tradicionalmente aceptadas por el pueblo, que se han venido transmitiendo de generación en generación a lo largo de los siglos de manera oral o escrita. (3) Como mito, por su parte, también se puede designar aquella historia ficticia de elaboración literaria en la cual se condensa alguna realidad humana y que tiene determinada significación universal. Otro de los factores que influye en las decisiones de salud de las personas y también puede abarcar un lugar importante son los mitos definidos por la Real Lengua Española como: "Persona o caso a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tiene" en base a esta definición podemos decir que los mitos son relatos dramáticos que no son fundamentados y pueden llevar a crear conductas desfavorables para el cuidado de la salud, como es el caso de la realización de la prueba del Papanicolaou. Debido a los mitos que muchas veces se crean dentro del ámbito familiar o en el contexto social, las personas se ven mal informadas describiendo así situaciones o hechos que no son realidad. (4).

Desde la antigüedad grecolatina explicaciones filosóficas y científicas entraron en competencia con las míticas, la palabra mito se cargó en ciertos contextos de un valor peyorativo, llegando a utilizarse de forma laxo de mito y mítico (o leyenda y legendario) para referirse a personajes históricos contemporáneos (o incluso a productos comerciales) cargados de prestigio y glamour. Como los demás géneros narrativos tradicionales, el mito es un texto de origen oral, cuyos detalles varían en el curso de su transmisión, dando lugar a diferentes versiones. En las sociedades que conocen la escritura, el mito ha sido objeto de reelaboración literaria, ampliando así su arco de versiones y variantes. Por ello, los mitos no han desaparecido en la época actual, solo se muestran y transmiten a través de diferentes medios.

### **2.4.1 Características de los mitos**

Según Mircea Eliade, el mito es una historia sagrada que narra un acontecimiento sucedido durante un tiempo primigenio, en el que el mundo no tenía aún su forma actual. Los acontecimientos de la naturaleza que se repiten periódicamente se explican como consecuencia de los sucesos narrados en el

mito. Sin embargo, no todos los mitos se refieren a un tiempo "primero", también pueden abordar sucesos acontecidos después del origen, pero que destacan por su importancia y por los cambios que trajeron. Por su parte, el antropólogo Bronislaw Malinowski afirmaba que no hay aspecto importante de la vida que sea ajeno al mito. Por ello, existen mitos religiosos (como el nacimiento de los dioses), políticos (como la fundación de Roma) o sobre temas particulares. Para Malinowski los mitos son narraciones fundamentales, en tanto que responden a las preguntas básicas de la existencia humana: razón para existir, razón de lo que lo rodea, entre otras.

### 2.4.2 Función del mito

Las funciones de los mitos son múltiples ya que es parte de una cultura. No obstante, en general, se puede aceptar tres funciones esenciales: explicativa, de significado y pragmática. La función explicativa: se refiere a que los mitos explican, justifican o desarrollan el origen, razón de ser y causa de algún aspecto de la vida social o individual. La función pragmática del mito implica que los mitos son la base de ciertas estructuras sociales y acciones, así, un mito puede marcar una línea genealógica y determinar quiénes pueden gobernar o no. Gracias a esta función, los mitos especifican y justifican por qué una situación es de una manera determinada y no de otra.

La función de significado se refiere a que los mitos no son solo historias que brindan explicaciones o justificaciones políticas, también otorgan un consuelo, objetivo de vida o calma a los individuos, así sucede con mitos que hablan de la muerte, el sufrimiento o la victoria, por lo tanto, los mitos no son historias alejadas de la persona, sino que funcionan como un asidero existencial, un motivo, de acuerdo al psicoanalista estadounidense, Rollo May. Las tres funciones se suelen combinar de manera constante.

### 2.4.3 Tipos de mitos

Se distinguen varias clases de mitos:

-**Mitos cosmogónicos:** Intentan explicar la creación del mundo. Son los más universalmente extendidos y de los que existe mayor cantidad. A menudo, se sitúa el origen de la tierra en un océano primigenio. A veces, una raza de gigantes, como los titanes, desempeña una función determinante en esta creación; en este caso, tales gigantes, que suelen ser semidioses, constituyen la primera población de la tierra.

-**Mitos teogónicos:** Relatan el origen de los dioses, por ejemplo, Atenea surge armada de la cabeza de Zeus.

-**Mitos antropológicos:** Narran la aparición del ser humano, que puede ser creado a partir de cualquier materia, viva (una planta, un animal) o inerte (polvo, lodo, arcilla, etc.). Los dioses le enseñan a vivir sobre la tierra. Normalmente están vinculados a los mitos cosmogónicos.

-**Mitos etiológicos:** Explican el origen de los seres, las cosas, las técnicas y las instituciones.

-**Mitos morales:** Explican la existencia del bien y del mal.

-**Mitos fundacionales:** Cuentan cómo se fundaron las ciudades por voluntad de dioses. Un ejemplo es el de la fundación de Roma por dos gemelos, Rómulo y Remo, que fueron amamantados por una loba.

-**Mitos escatológicos:** Anuncian el futuro, el fin del mundo. Siguen teniendo amplia audiencia. Estos mitos comprenden dos clases principales, según el elemento que provoque la destrucción del mundo: El agua o el fuego. A menudo están vinculados a la astrología. La inminencia del fin se anuncia por una mayor frecuencia de eclipses, terremotos, y toda clase de catástrofes naturales que aterrorizan a los humanos. El clásico ejemplo es el 'Apocalipsis', considerado como tal por Bertrand Russell.

Aunque los mitos parecen haber sido planteados originalmente como historias literalmente ciertas, la dialéctica entre la explicación mítica del mundo y la filosófica y científica ha favorecido el desarrollo de lecturas no literales de los mitos, según las cuales éstos no deberían ser objeto de creencia, sino de interpretación. Por su parte, la lectura simbólica considera que el mito contiene un contenido veraz, pero no sobre aquello que aparentemente trata, sino sobre los contenidos mentales de sus creadores y usuarios. Los mitos contienen también pautas útiles de comportamiento: modelos a seguir o evitar, historias conocidas por todos con las que ponen en relación las experiencias individuales.

Los estudios modernos sobre el mito se sitúan en tres posiciones fundamentales:

-la funcionalista, desarrollada por el antropólogo Malinowski, examina para qué se utilizan los mitos en la vida cotidiana (refuerzo de conductas, argumento de autoridad, etc.)

-la estructuralista, iniciada por Lévi-Strauss, examina la construcción de los mitos localizando los elementos contrarios o complementarios que aparecen en él y la manera en que aparecen relacionado.

-la simbólica, que tiene referentes clásicos en Jung, Bachelard y Gilbert Durand, considera que el elemento fundamental del mito es el símbolo, un elemento tangible pero cargado de una resonancia.

#### **2.4.4 Diferencia entre el mito y otro tipo de narraciones**

A menudo se suele confundir el mito con otro tipo de narraciones como creencia, cuentos, fábulas o leyendas. Sin embargo, no son iguales. Hay varias diferencias entre el mito y el cuento popular: mientras que los cuentos se presentan como ficciones, los mitos se plantean como historias verdaderas. Varía también la función: el mito es esencialmente etiológico (aclara cómo se llegó a una determinada situación; por qué el mar es salado o el hombre es mortal, por ejemplo), mientras que el cuento popular transmite valores (más vale maña que fuerza, el bien siempre tiene su recompensa, el impostor siempre es descubierto, etc.). Además, la trama de los cuentos suele ser sencilla, mientras que los mitos forman parte de un entramado complejo, en el que cada historia está relacionada con las demás por la recurrencia de personajes, lugares, etc. (así, por ejemplo, la historia de Jasón está relacionada con los mitos sobre Heracles, al ser éste uno de los Argonautas). Las fábulas se diferencian de los mitos por los personajes (los de las fábulas son animales de conducta humana; los de los mitos, dioses, héroes y monstruos) y por su función (las fábulas contienen un mensaje moral, que suele aparecer recogido al final de las mismas en forma de moraleja, mientras que los mitos son etiológicos). En cuanto a las leyendas, se presentan, al igual que los mitos, como historias verdaderas y tienen a menudo una función etiológica (sirven, por ejemplo, para explicar cómo un linaje alcanzó el poder, sustentando así su legitimidad política); sin embargo, a diferencia de los mitos, suceden en un tiempo real, histórico, en lugares reconocibles por el oyente o lector y a menudo con protagonistas reales.

#### **2.4.5 Mitos relacionados al Papanicolaou**

- Si le hacen la prueba cuando está embarazada se produce un aborto. (20)
- No siento ninguna molestia por lo que no tengo porque realizarme la prueba (18)
- El examen de PAP es molesto, doloroso y presento sangrado (18)
- Durante el examen le quitan un pedacito del cuello uterino (18)
- Me puedo hacer el examen de PAP en cualquier momento (18)
- Si el resultado me sale bien significa que no tendré cáncer nunca y no es necesario realizarme el papanicolaou a cada rato. (17)
- Mi médico me hizo un examen ginecológico y es lo mismo que el PAP (17)
- Mi resultado de PAP es anormal lo que quiere decir que tengo cáncer (17)
- El cáncer uterino no puede ser prevenido (19)
- Soy demasiado joven o mayor para preocuparme por el cáncer de cérvix (19)
- Solo tengo una pareja no tengo riesgo de cáncer de cérvix. (18)
- Al hacerse la prueba de Papanicolaou da cáncer. (18)
- Es mejor que me realice la prueba el médico y no la enfermera porque no tiene mucha experiencia. (20)

-no es bueno hacérselo con el personal hombre por que pueden ser morbosos y me da pena. (17)

## 2.5 Definición de creencia

Es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta, Puede considerarse que es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional o justificación empírica que lo compruebe. Por eso la creencia está asociada a la religión, la doctrina o el dogma. La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social (la presión familiar, los grupos dominantes, etc.).(5) Por lo tanto, si esta explicación la llevamos al plano de la salud, las personas actuarán alineadas a sus creencias aprendidas en un contexto cultural determinado y descartando cualquier otra alternativa de cuidado en salud que no coincida con dichas creencias, puesto que el modelo de creencias en salud señala que la forma de conocer y comportarse está influenciada por las creencias y emociones de las personas, las que a su vez determinan las decisiones en salud. (4) La creencia propone una metáfora para indicar cómo podemos entender lo que son las creencias en su relación con lo real. Dice que son como un mapa grabado en el sistema (en el ADN, o en determinados aprendizajes) que nos guían o mejor nos orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de nuestras necesidades. Tales mapas no dicen "lo que son las cosas", sino que muestran formas de conducta adecuadas a la satisfacción de las propias necesidades en el campo del mundo percibido en la experiencia.

### 2.5.1 Origen de las creencias

Las fuentes de las que provienen las creencias son variadas:

**Externas:** cuando se originan en explicaciones culturales recibidas para la interpretación y comprensión de ciertos fenómenos y la comprensión determinada de ciertos discursos.

**Internas:** cuando surgen del propio pensamiento, experiencia y convicciones. Las creencias externas se generan:

Por la tendencia a la interiorización de las creencias de la gente que nos rodea y la imitación de su conducta, sobre todo si ésta viene avalada por el éxito social. Es algo fundamental durante la infancia en la formación de la personalidad del niño.

Así suele ocurrir con las creencias culturales, políticas y religiosas. La gente tiende a adoptar las creencias de los líderes aun cuando estén en contradicción

con sus intereses. Las creencias no son siempre voluntarias pues los individuos necesitan asociar su experiencia de la realidad con unas creencias racionales como teorías que eviten las contradicciones cognitivas y justifique los comportamientos. El refugio en la colectividad o en el "sentido común" de la tradición, así como la seguridad en el sometimiento a la norma impuesta por el grupo, el "jefe" o los que mandan, juega en ello un papel primordial. La idealización de la interpretación de un contenido cognoscitivo o de un hecho (abstracto o concreto) de los cuales no se exige una justificación o un fundamento racional suele ponerse como paradigma de las creencias: la fe y la experiencia religiosa o mágica; pero asimismo son los prejuicios recibidos culturalmente con los cuales solemos interpretar el mundo.

### 2.5.2 Clasificación de las creencias

Según el dominio cognitivo, se pueden distinguir tres tipos:

**Según la base.** Una creencia puede tener o no base empírica. Por ejemplo, las creencias religiosas, al ser basadas en dogmas, no suelen tener base empírica; lo que las hace opuestas a la ciencia, que se construye a partir de datos obtenidos mediante el método experimental o a través de cálculos precisos.

**Según el concepto.** Aunque en el lenguaje común no suele tenerse en cuenta la siguiente distinción; sin embargo, conceptualmente conviene diferenciar: Las opiniones, que están sometidas a ciertos criterios racionales que justifican la verdad de su contenido: la ciencia y todos los discursos sometidos a la crítica racional cuyo fundamento último es una creencia objetivamente fundada en criterios establecidos. Las ideologías cuyo fundamento es la propia constitución de la identidad del grupo social y la defensa de sus intereses, aunque se presenten como verdades y fundamento de opiniones (prejuicios).

**Según su cuestionamiento.** Cuando las creencias admiten discusión y contraste, se dan distintos tipos de marcos de desarrollo, principalmente parcelado en dos:

**Creencias cerradas:** Sólo admiten discusión y contraste por cierta clase de personas, escogidas por su autoridad y afinidad a lo ideal.

- Creencias religiosas
- creencias esotéricas
- creencias sociales
- creencias conspirativas secretas.
- mitos, leyendas, supersticiones.

**Creencias abiertas:** Admiten discusión y contraste por cualquiera que se adhiera a un modelo de análisis lógico, y razones con base en él.

- Creencias científicas.

- creencias pseudocientíficas.
- creencias científicistas.
- creencias históricas.
- creencias políticas

Se pueden describir diferentes vías de formación de creencias:

Adquisición en la infancia. Pueden haber sido adquiridas a través de los padres, sociedad, religión. Adoptar las creencias de un líder carismático. La publicidad (medios de comunicación) puede formar o cambiar creencias mediante la repetición o asociación de emociones positivas.

### **2.5.3 Sistema de creencias**

El sistema de creencias es el conjunto de creencias aceptadas por cada persona principalmente durante la infancia, pero luego pueden ser modificadas por el entorno según la solidificación que el sujeto tenga respecto de sus creencias originales y su voluntad de alterarlas.

### **2.5.4 Creencia disfuncional**

Una creencia disfuncional es un patrón cognitivo relativamente estable, que involucra pensamientos distorsionados, estados emocionales insatisfactorios y conductas desadaptativas.

### **2.5.5 Creencia y conocimiento**

La creencia ha sido considerada como la forma más simple de contenido mental representativo en la formación del pensamiento. Se consideran dos formas fundamentales de formulación de las creencias.

### **2.5.6 Conforme al sentido común**

Según el cual existen entidades que corresponden a lo que se habla de las creencias. Aunque el sentido común no es enteramente apropiado a un contenido como verdadero, sin embargo, es útil para predecir y prevenir el comportamiento psicológico del individuo. La interpretación general del sentido común es completamente errónea y podrá ser suprimida en cuanto aparezca una teoría que haga inútil el uso de dicho concepto. El sentido común no ofrece verdad alguna en las creencias; pero tanto los animales como las personas, incluso los ordenadores, si es que tienen creencias, ofrecen, a través de ellas, estrategias positivas en el comportamiento. Una creencia cuyo contenido sea falso, ¿sigue teniendo un contenido cognoscitivo? Platón define el conocimiento como creencia verdadera justificada por la razón. Lo que tradicionalmente ha supuesto que una creencia falsa no sería entonces

conocimiento, por más que dicha creencia responda a una actitud sincera de veracidad por parte del individuo que la sostiene. La justificación de una creencia como verdadera sería un conocimiento evidente. Pero la cuestión es ¿una creencia es verdadera porque es conocimiento evidente o, por el contrario, es evidente porque es conocimiento verdadero? Distinguir conocimiento y creencia no es fácil. Las creencias son una de las bases de la tradición. Suponen una valoración subjetiva que uno hace de sí mismo, de los otros y del mundo que le envuelve. Las creencias más importantes son las convicciones y los prejuicios que no están contrastados con los principios y métodos de la ciencia que las harían conocimientos propiamente dichos.

### **2.5.7 Creencia, sociedad y cultura**

Una creencia, o conjunto de creencias, agrupa de alguna manera a un conjunto de individuos los cuales idealizan una proposición o proposiciones como conjunto de ideas como potencial verdad (ya que solo es una creencia). De esta forma se acumula como saber lo que se ajusta a la misma, constituyendo un entramado cultural y social que justifica la identidad de agrupación de los individuos que comparten creencias similares; dichas creencias generalizadas establecen lo que se denomina un dogma o ideología, definiendo una moral necesaria para poder formar parte del grupo. La identidad del grupo adquiere muchos matices según el contexto: desde una sociedad compleja hasta una secta, un club de fanes, un sindicato o una confesión religiosa.

### **2.5.8 Creencias relacionados con el papanicolaou**

- No me tomo el PAP porque cuando voy tengo que esperar mucho tiempo para que me la realicen. (7)
- No me tomo el PAP porque en el consultorio atiende en horarios que no puedo ir (7)
- No me tomo la PAP porque me da vergüenza que me examinen, ya que solo mi esposo puede ver mis genitales (7)
- No me hago el PAP porque me da miedo saber que tengo cáncer (7)
- Me tomo el PAP porque miembros de mi familia, amigos y vecinos me dijeron que me lo tomara. (7)
- Una razón para tomarme el PAP es cuidar de mi salud porque puede salvar mi vida. (7)
- Si no estoy teniendo relaciones sexuales, no necesito tomarme el PAP. (7)
- No me tomo el PAP porque en el consultorio me tratan mal. (7)
- Aunque tenga relaciones sexuales, pero si no tengo hijos no debo hacerme la prueba PAP (20)
- Me tomo el PAP porque un promotor, enfermera y doctor me lo pide. (20)
- El especulo está contaminado por otras mujeres (7)
- El resultado tarda demasiado y se me olvida volver por él. (20)



## **2.6 Determinantes sociales**

Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Dentro de este grupo de propiedades se encuentran en un plano distal los determinantes culturales, los cuales son indispensables para el abordaje y entendimiento del proceso salud-enfermedad en una sociedad. A pesar de no existir una definición concreta sobre determinantes culturales, en el ejercicio para aproximarnos en la construcción de este, es conveniente primeramente definir el concepto de cultura, la cual, es entendida como conjunto de valores, costumbres, creencia y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico. Luego, la cultura como determinante, son todas las formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud, tales como, etnicidad, el nivel educativo, género, religión, lengua, cosmovisión, arquetipos, creencias, costumbres y valores. Para entender la dinámica de los determinantes culturales, se debe tener en cuenta la relación entre sociedad y cultura y de esta última con respecto a la salud, ya que todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas por esta. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. Con respecto a cultura y sociedad, es importante diferenciar entre dos conceptos complementarios e interdependientes. La sociedad, es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat, y la cultura es lo que da forma y envuelve a esa sociedad. En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro del contexto social, pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura, y a los valores de una determinada sociedad, dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social. Lo anterior, nos lleva a afirmar que la cultura es un constructo social, y, por tanto, también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales, y socialmente aceptadas, de este modo, los comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión, en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado.

En cuanto a salud y cultura, es importante mencionar que la enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura y para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas, además, de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. La medicina occidental tradicional, siempre ha considerado que la salud era igual a ausencia de enfermedad, a partir de la Salud Pública, significa incidir en las causas de los problemas de salud y

prevenir dichos problemas a través de conductas sanas y saludables, este enfoque ecológico cultural, hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud, estén principalmente creados por la cultura. Desde la sociología, la cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías, desde un punto de vista local, moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades y desde una perspectiva global, explica el modo en que las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente, de maneras que pueden afectar su salud. Se resalta la importancia, sobre cómo los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, inherentes a una serie de principios básicos saludables que permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás. Por consiguiente, existe una relación compleja entre cultura y salud que constituye todo un reto para las sociedades, por la forma de percepción que los individuos tienen sobre su salud, constituyéndose en el componente subjetivo, que no puede obviarse al momento de estudiar el proceso salud-enfermedad. (14)

### **2.6.1 Determinantes sociales que intervienen en la realización de la prueba del Papanicolaou.**

**-Edad:** Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.

**-Etnia:** Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural

**-Estado Civil:** Declaración de la mujer sobre su situación de pareja.

**-Religión:** Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

**-Ocupación:** Se refiere a la profesión, la acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere conocimientos especializados.

**-Educación:** Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenecen.

**-Nivel de conocimientos:** Conjunto de datos o noticias relacionados con algo, especialmente conjunto de saberes.

**-Prácticas:** Acciones que realiza un ser humano sobre determinada acción.

**-Actitud:** Son disposiciones y comportamientos negativos que un ser humano muestra de forma temporal o constante.

### **2.6.2 Causas de las determinantes sociales**

Es una condición que nos lleva a una situación determinada, para que se desarrollen ciertos eventos con respecto a la realidad social, hoy en día las mujeres no se realizan el papanicolaou por distintas causas entre ellas podemos mencionar: temor, vergüenza, machismo, entre otros.

**Causas directas:** Se aplica a las personas que actúan afrontando las cosas y se expresan sin rodeo a sus actos mediatos sin intermediarios. Es decir, es la razón o el motivo que influye sobre alguna situación de forma directa.

**Causas indirectas** Cosas que se dicen con una intención determinada, pero sin expresarla claramente. Se refiere a un factor que influye de una forma indirecta sobre una condición.

#### **Tipos de causa**

**-Vergüenza:** Turbación del ánimo, que suele encender el color del rostro, ocasionada por alguna falta cometida, o por alguna acción deshonrosa y humillante. En la actualidad las mujeres no se realizan el papanicolaou, porque para ellas es vergonzoso desnudarse ante una persona desconocida, más si el procedimiento lo realiza un varón.

**-Miedo:** Reacción emocional de alarma angustiante ante un peligro o ataques reales, recelo de que sucede lo contrario a lo que desea. Emociones negativas ante determinado procedimiento que daña la tranquilidad de la persona. Las mujeres no se realizan el papanicolaou por la idea de que la prueba es muy dolorosa o que el instrumento utilizado no está esterilizado o que el resultado puede ser desfavorable.

**-Dolor:** Síntoma que manifiesta por una sensación física desagradable y localizada, provocada por múltiples estímulos que, conducidos por las vías nerviosas específicas, llegan a la corteza cerebral donde se hace consciente tal sensación. Este síntoma lo manifiestan las pacientes ante tal procedimiento, lo que puede desencadenar un dolor leve o pasajero, causado por una infección e inflamación.

**-Falta de conocimientos:** No tienen la información adecuada sobre la gran importancia que tiene la práctica del papanicolaou ya que es un gran problema para que las mujeres no estén al tanto de lo que están expuestas ni

cómo pueden prevenir, no conocen los beneficios que tiene al realizarse el papanicolaou y lo que este procedimiento puede detectar a tiempo.

-**Dificultad a la accesibilidad a los servicios de salud:** Es la falta de desplazamiento de la población a un determinado lugar donde la distancia dificulta el acceso a los servicios de salud; tanto porque en su zona carecen de las mismas o porque prefieren o eligen un mejor servicio.

-**Experiencia insatisfactoria durante el procedimiento:** Que perjudica o no es como se desea o conviene, mala experiencia que el contacto con la realidad impone al sujeto. Cuando una mujer se siente acosada por el personal que la atiende.

-**Recursos económicos bajos:** Es el grado de que las personas no pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio debido a las limitaciones que presenta. La economía es una de las limitantes que no permite viajar a un determinado lugar. La pobreza es una de las principales causas por las que muchas mujeres no asisten a su servicio de salud a realizarse su papanicolaou.

**Machismo:** Condición de machista, que tiene poca o ninguna consideración hacia las mujeres por creerlas inferiores a los hombres. Por lo tanto, definimos que el machismo es una actitud negativa hacia la mujer y que se forma en el entorno social y familia.



| <b>VARIABLE</b> | <b>CONCEPTUALIZACIÓN</b>  | <b>DIMENSIONES</b>  | <b>INDICADORES</b>   |
|-----------------|---|---|--|
| - Creencias     | Las creencias se consideran como cualquier convencimiento, consciente o inconsciente que induce a la persona a percibir los acontecimientos de un modo determinado y a iniciar acciones coherentes con esa forma de pensar. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociodemográfico</li> <br/> <li>- Cultural</li> <br/> <li>- Económico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad.</li> <li>- Estado civil.</li> <li>- Ocupación.</li> <li>- Número de hijos.</li> <li>- Religión</li> <li>- Promoción de la prueba</li> <br/> <li>- Nivel de educación.</li> <li>- Conocimiento de la prueba.</li> <li>- importancia de la prueba</li> <li>- Preferencia de personal de salud.</li> <li>- Antecedentes familiares de cáncer.</li> <li>- Experiencia ante la prueba.</li> <li>- Actitud ante la realización de la prueba</li> <li>- Motivos para realizarse la prueba</li> <li>- Machismo</li> <br/> <li>- Dificultad para accesibilidad de servicios de salud.</li> <li>- Nivel económico.</li> </ul> |

## **4.DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **4.1 Tipo de investigación.**

Se llevó a cabo un estudio **descriptivo**: los estudios descriptivos se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es y reúne información que puede ser medida por modelos estadísticos para explicar los fenómenos en donde se determinó cuáles son los mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou, en usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jocoro; especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel año 2019.

El estudio es **transversal** porque se estudiaron las variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido, haciendo un corte en el tiempo de agosto a septiembre, es decir se recolectaron, procesaron y se analizaron los resultados en un tiempo determinado.

El estudio es **Prospectivo** porque se registró la información según se presentaron a la consulta espontánea las usuarias y se les realizó una serie de preguntas dirigida a detectar cuales son los mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en mujeres de 20 a 59 años de edad en las unidades de salud en estudio en el periodo comprendido de agosto a septiembre de 2019.

Según la fuente de información se considera que el estudio es: **De Campo**: porque se estudió el problema en el lugar donde estaba sucediendo el fenómeno, es decir, en su escenario natural, además la investigación tomó como fuente de información, datos obtenidos de técnicas de trabajo de campo como es la entrevista personal.

### **4.2 Universo y muestra.**

#### **4.2.1 Universo**

El estudio comprendió las usuarias de 20 a 59 años de edad de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jocoro; especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel año 2019.

#### **Distribución de la población por establecimiento.**

UCSF Intermedia Jocoro 2625; UCSF Especializada Ciudad Mujer Morazán 2601; UCSF Básica San Matías 1800. Con un total de usuarias de 7026.

Datos obtenidos de Sistema Estadístico de Producción de Servicios Ministerio de Salud (SIMMOW)

#### 4.2.2 Muestra.

Como se sabe que en esta investigación la población es finita, ya que el número de mujeres dentro de las edades correspondientes a la investigación cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión de las diferentes Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando la población es conocida es:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

#### Dónde:

n: es el tamaño de la muestra.

Z: es el nivel de confianza (valor de tabla normal).

p: es la variabilidad positiva.

q: es la variabilidad negativa.

N: es el tamaño de la población.

E: es la precisión o error

#### Datos:

Z: 1.96

p: 0.5

q: 0.5

N: 7026

E: 0.05

#### Sustituyendo:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(7026)}{(7026)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25)(7026)}{(7026)(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{6747.7704}{17.565 + 0.9604}$$



$$n = \frac{6747.7704}{18.5254}$$

$$n = 364.24$$

$$n = 364$$

#### **4.2.2.1. Submuestra.**

Para cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar se aplicó la fórmula de Sub Muestra.

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

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Jocoro:

$$S_n = \frac{2625}{7026}(364) = 135.99 = 136$$

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada Ciudad Mujer Morazán:

$$S_n: \frac{2601}{7026}(364) = 134.75 = 135$$

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica San Matías Ciudad Barrios San Miguel:

$$S_n: \frac{1800}{7026}(364) = 93.25 = 93$$

Las submuestras se determinaron de la siguiente forma para cada unidad de salud en estudio:

#### **Distribución de la muestra según establecimiento de salud.**

UCSF Intermedia Jocoro, submuestra 136; UCSF Especializada Ciudad Mujer Morazán, submuestra 135; UCSF Básica San Matías, submuestra 93. Con un total de usuarias de 364.

### **4.3 Criterios de inclusión.**

- Mujeres de 20 a 59 años que hayan iniciado actividad sexual,
- Nacionalidad salvadoreña.
- Que pertenezcan al área de influencia de las UCSF.
- Que participen voluntariamente con la investigación.
- No embarazadas.

### **4.4 Criterios de exclusión.**

- Mujeres menores de 20 años y mayores de 59.
- Que no pertenezcan al área de estudio.
- Que no quieran participar en la investigación.
- Embarazadas.
- Mujer durante el periodo menstrual.
- Mujeres con retraso mental.
- No ser de Nacionalidad Salvadoreña.

### **4.5 Tipo de muestreo.**

Se realizó un tipo de muestreo **no probabilístico por conveniencia** porque se eligió a la población de usuarias que consultaron en las unidades comunitarias de salud familiar en estudio y se encuestaron a las mujeres de 20 a 59 años de edad, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### **4.6 Técnicas de la recolección de datos.**

**Documental bibliográfico:** se obtuvo información de guías de atención ginecológicas, textos de ginecología, información electrónica, lineamientos del Ministerio de Salud y diccionarios que sustenten el marco teórico.

**Hemerográfica:** revistas sobre citología cervicouterina.

**De campo:** la encuesta personal que fué dirigida a las usuarias en estudio que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **4.7 Instrumento.**

A cada mujer se le aplicó una encuesta con dos grupos de preguntas, el primer grupo corresponde a preguntas de opción múltiple donde se propuso a la encuestada un determinado número de respuestas a escoger aquí con el

objetivo de identificar características sociodemográficas y conocimientos y practicas sobre el Papanicolaou y el segundo grupo de preguntas cerradas encaminadas a identificar si la población en estudio posee o no los mitos y creencias identificándolas con un VERDADERO o FALSO, agrupándolas en cuadros que contiene 12 mitos y 12 creencias, constituyendo una encuesta con un total de 35 preguntas.

## **4.8 Plan de Análisis.**

### **4.8.1. Planificación**

Se determinó los mitos y creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jocoro; especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel, año 2019. De acuerdo a la base teórica ya estudiada a través de la aplicación de una encuesta personal a las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se realizó una reunión con el docente asesor para determinar la importancia del tema y la aprobación de la problemática a estudiar.

El grupo investigador procedió a la revisión del tema utilizando la bibliografía descrita, se solicitó la validación del instrumento de trabajo mediante una prueba piloto utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach el cual fué 0.71. La determinación de la muestra mediante la fórmula utilizada, se llevó a cabo a través de pacientes femeninas que consultaron espontáneamente en las Unidades de Salud en estudio.

Al recolectar los datos se digitalizó cada una de las encuestas en documentos de Word, posteriormente se realizó con la recolección de la información obtenida la creación propia de tablas en el programa IBM, SPSS, Statistics 24.0 editor de datos y la creación de graficas en Microsoft Excel. Y mediante una tabla de comparación de factores favorables y desfavorables sobre mitos y creencias donde se colocó en orden jerárquico en distribución de porcentajes.

## **4.9 Consideraciones Éticas.**

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar cuales mitos y creencias estaban relacionadas con la prueba de papanicolaou en mujeres que acuden a unidades de salud en estudio, a quienes se les explicó el propósito de dicha investigación, su carácter científico, solicitando la disponibilidad de tiempo y la colaboración en responder de forma anónima. Y firmando un consentimiento informado. La interacción que se tuvo con el encuestado fué de forma personalizada generando confianza, explicando dudas que surgieron al momento, pero siempre se respetó su autonomía al momento del llenado y en ningún momento se le orientó sobre que responder.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Características sociodemográfico de la población en estudio

**Tabla 1: Distribución de la población por edad.**

| RANGO DE EDADES | FRECUENCIA | PORCENTAJE  |
|-----------------|------------|-------------|
| 20-26           | 60         | 16.48%      |
| 27-33           | 97         | 26.65%      |
| 34-40           | 74         | 20.33%      |
| 41-47           | 46         | 12.64%      |
| 48-53           | 51         | 14.01%      |
| 54-59           | 36         | 9.89%       |
| <b>TOTAL</b>    | <b>364</b> | <b>100%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

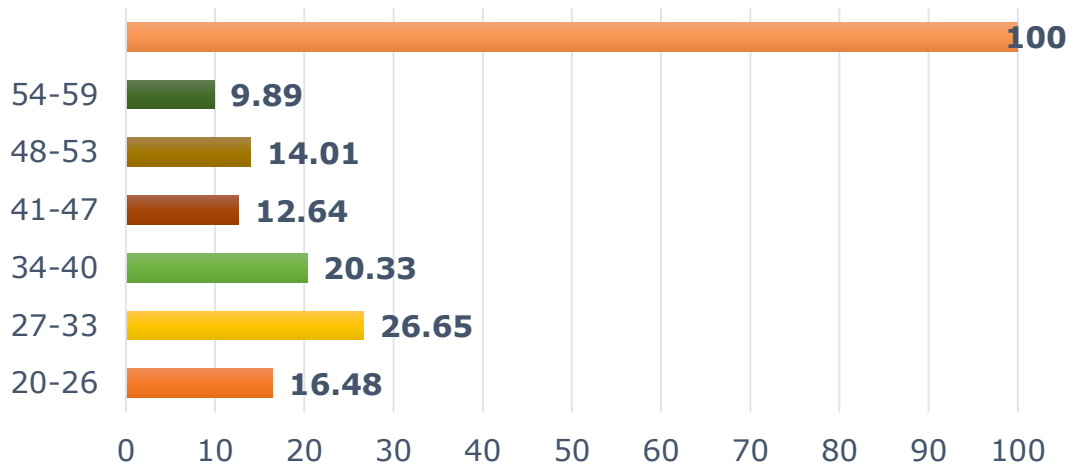
#### **Análisis:**

En la tabla 1, se muestra la distribución de la población por rango de edades, calculada por la fórmula de Sturges, teniendo como primer rango en orden descendente 20-26 años con una frecuencia 16.48%, segundo rango 27-33 años con una frecuencia 26.65%, tercer rango 34-40 años con una frecuencia de 20.33%, cuarto rango 41-47 años con una frecuencia 12.64%, quinto rango 48-53 años con una frecuencia 14.01% , sexto rango 54-59 años con una frecuencia de 9.89%.

#### **Interpretación:**

En la distribución en rango de edades, queda como mayor asistencia a controles y consultas en las UCSF de 27-33 años, seguido del rango de 34-40 años, esto da una pauta que hay mayor auto cuidado en los adultos jóvenes, no así el rango que se acerca a la tercera edad que disminuye su asistencia a consulta.

**Gráfica 1: Rango de edades de la población en estudio.**



**Fuente: Tabla 1**

**Tabla 2: Procedencia de la población en estudio**

| UBICACIÓN    | FRECUENCIA | PORCENTAJE  |
|--------------|------------|-------------|
| Rural        | 263        | 72.1%       |
| Urbano       | 101        | 27.7%       |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

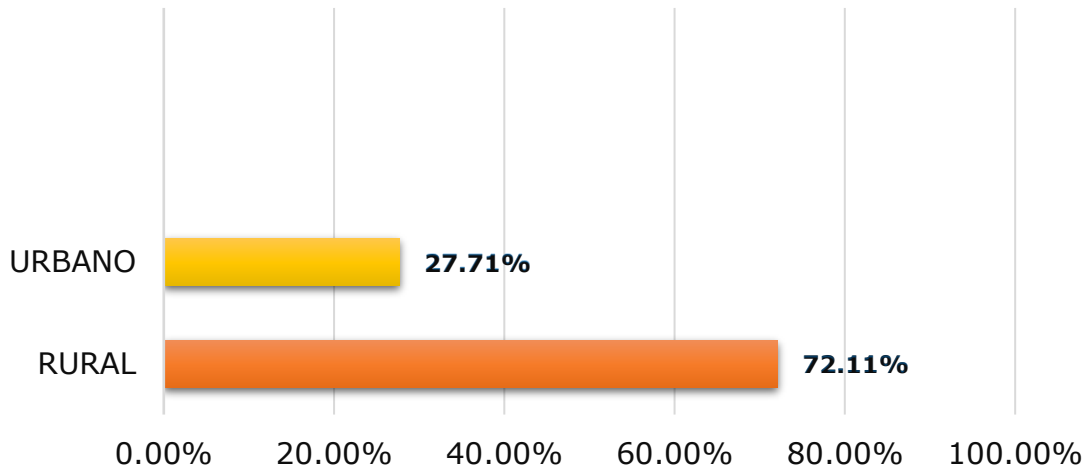
**Análisis:**

En la tabla 2, se muestra la procedencia de las cuales corresponde rural con un 72.1% y población urbana con 27.00%

**Interpretación:**

Se puede señalar que la mayoría de usuarias que consultan provienen de áreas rurales, situación que se comprende ya la UCSF Básica San Matías pertenece a zona geográfica rural, UCSF Intermedia Jocoro si bien no es de zona rural pero la mayoría de su población acude desde caseríos y zonas rurales, diferente situación en Ciudad Mujer ya que no tiene población asignada específica, pero tiene mayor visita desde áreas urbanas, al tener mayor porcentaje perteneciente en áreas rurales esto influye de manera significativa a la toma de PAP, dificultando la accesibilidad a los servicios de Salud, información, campañas de promoción de salud, más la relación con el analfabetismo, mayor paridad. Siendo esa población más propensa a desarrollar mitos y creencias por la inadecuada información y la disminución de su práctica.

## Gráfica 2: Ubicación de la población en estudio.



Fuente: Tabla 2

## Tabla 3: Estado civil de la población es estudio.

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE  |
|--------------|------------|-------------|
| Acompañada   | 127        | 34.8%       |
| Casada       | 131        | 35.9%       |
| Soltera      | 106        | 29.3%       |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100%</b> |

Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio,

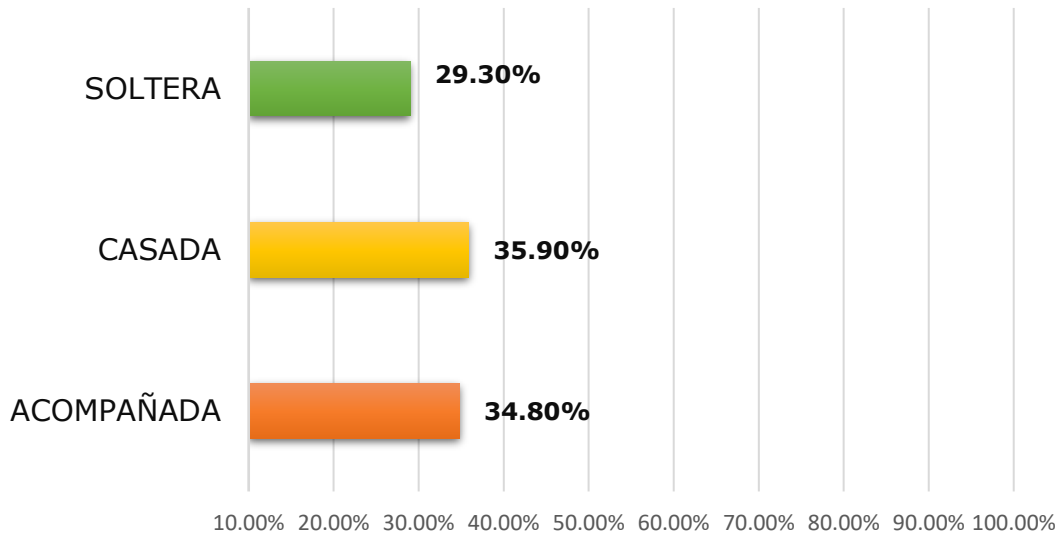
### Análisis:

En la tabla 3, se muestra que el estado civil casada con porcentaje de 35.9% acompañada representan 34.8%, solteras con 29.3%

### Interpretación:

El mayor porcentaje de usuarias entrevistadas está casada, siguiendo con estado familiar acompañada, con una diferencia muy mínima. Considerando que influye tener una pareja activa ante la toma de PAP, más su ritmo de vida sexual, se puede decir que hay un total de 70.7% de usuarias que tiene pareja estable. Quedando solteras en menor porcentaje, pero siempre activas sexualmente, aumentando riesgo y siendo más propensas a tener múltiples parejas sexuales, ya que no tiene una relación estable. sin mencionar el uso o no de métodos de protección ante enfermedades de transmisión sexual existiendo mayor riesgo de incubación de VPH y hemos mencionado que es factor a futuras lesiones precancerígenas que se pueden detectar oportunamente ante la toma de Papanicolaou.

**Gráfica 3: Estado civil de la población en estudio.**



**Fuente: Tabla 3**

**Tabla 4: Ocupación de la población en estudio.**

| OCUPACION    | FRECUENCIA | PORCENTAJE  |
|--------------|------------|-------------|
| Estudiante   | 24         | 6.6%        |
| Empleada     | 108        | 29.7%       |
| Ama De Casa  | 232        | 63.7%       |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

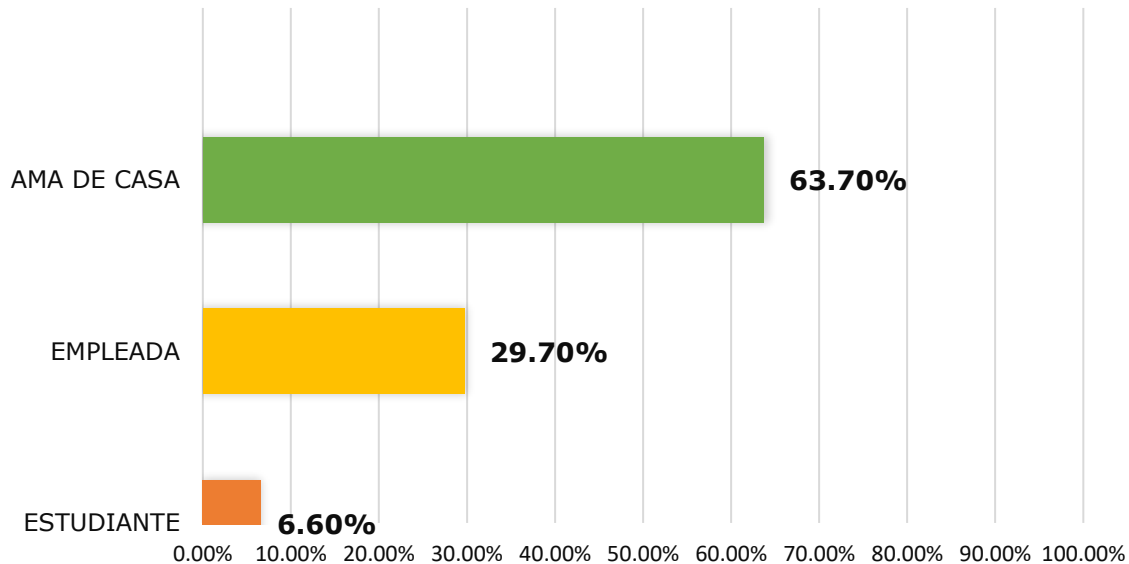
**Análisis:**

En la tabla 4, se muestra que la ocupación de ama de casa representa con un porcentaje de 63.7%, empleadas 29.7%, estudiantes 6.6 %.

**Interpretación:**

La población en su mayoría es representada por ama de casa, independientemente UCSF que se consulte o lugar de procedencia, hay una tendencia al cuidado del hogar y de los hijos, convirtiéndose en barrera para la práctica oportuna en algunas usuarias, ya que no tiene con quien dejar a sus hijos mientras acuden a sus consultas o poco presupuesto para trasladarse. De la misma forma el tiempo es un factor crucial para las empleadas. Quedando por muy abajo usuarias que estudien actualmente y que dispongan del tiempo y accesibilidad.

**Gráfica 4: Ocupación de la población en estudio.**



**Fuente: tabla 4**

**Tabla 5: Número de hijos en usuarias.**

| HIJOS        | FRECUENCIA | PORCENTAJE  |
|--------------|------------|-------------|
| Ninguno      | 38         | 10.4%       |
| Uno          | 80         | 22.0%       |
| Dos          | 103        | 28.3%       |
| Tres         | 82         | 22.5%       |
| Cuatro o mas | 61         | 16.8%       |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

**Análisis:**

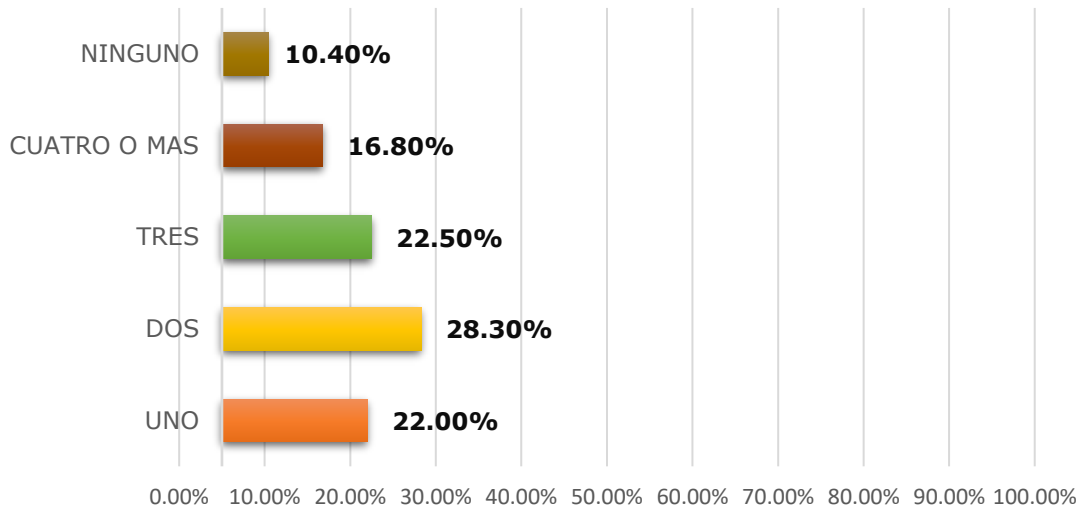
En la tabla 5, usuarias que no han tenido hijo representa con el 10.4%, un hijo 22%, dos hijos 28.3%, tres hijos 22.5 %, cuatro o más hijos 16.8%.

**Interpretación:**

La gran mayoría de nuestras usuarias entrevistadas han tenido solo dos hijos como paridad satisfactoria, seguido por 3 hijos, cabe mencionar que es de gran interés la baja paridad. Sin embargo, hay usuarias que reportan alta paridad, cuatro o más convirtiéndose en factor de alto riesgo para el desarrollo de Ca cérvix.



### Gráfica 5: Número de hijos de la población en estudio



Fuente: tabla 5

Tabla 6: Grado de escolaridad de la población es estudio.

| ESCOLARIDAD         | FRECUENCIA | PORCENTAJE    |
|---------------------|------------|---------------|
| Ninguno             | 42         | 11.5%         |
| Básica              | 129        | 35.4%         |
| Educación Media     | 143        | 39.3%         |
| Estudios Superiores | 50         | 13.7%         |
| <b>TOTAL</b>        | <b>364</b> | <b>100.0%</b> |

Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.

#### Análisis:

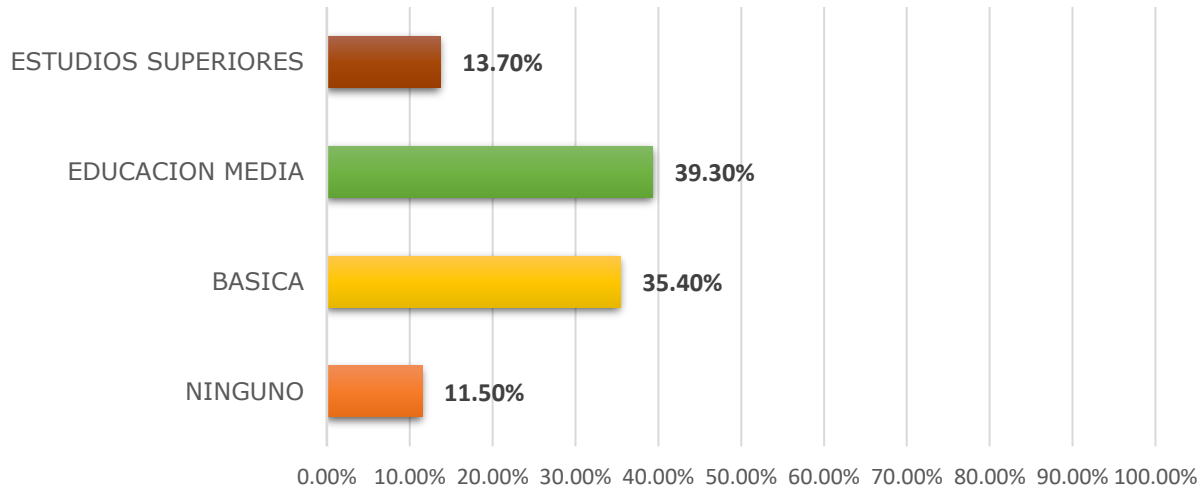
En la tabla 6, el 39.3% de usuarias cuentan con un grado de escolaridad de educación media, educación básica 35.4%, un 13.7% de usuarias con estudios superiores, sin ningún estudio con un porcentaje de 11.5%.

#### Interpretación:

La mayor cantidad de usuarias entrevistadas manifestaron contar con educación media como mínimo, que han obtenido su título de bachiller. Siendo una ventaja para la disminución de mitos y creencias, o la adecuada comprensión al momento de las indicaciones, entendiendo los beneficios ante la toma de Citología, cabe destacar que, si hay usuarias con estudios superiores, como una carrera universitaria o un técnico, pero en muy poco

porcentaje, pero ningún grado de escolaridad en un mínimo porcentaje entre las usuarias.

**Gráfica 6: Grado de escolaridad de la población en estudio.**



**Fuente: tabla 6**

**Tabla 7: Religión a la que pertenece población en estudio.**

| RELIGION     | FRECUENCIA | PORCENTAJE    |
|--------------|------------|---------------|
| Ninguna      | 70         | 19.2%         |
| Católica     | 177        | 48.6%         |
| Evangélica   | 94         | 25.8%         |
| Otra         | 23         | 6.3%          |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100.0%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

**Análisis:**

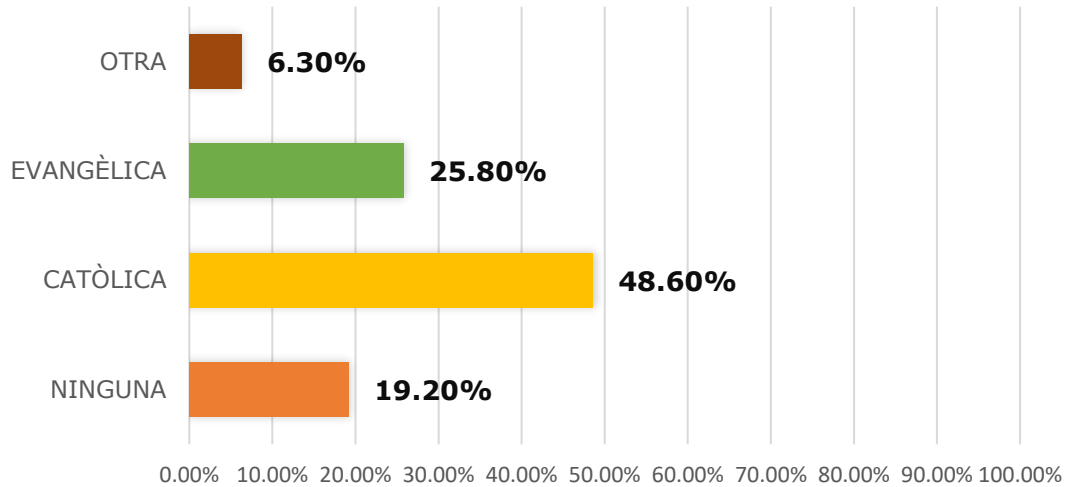
La tabla 7, muestras un 48.6% el cual manifiesta ser católica, evangélica 25.8%, no pertenecer a ninguna iglesia 19,2% y un 6.3% de asistir a otro tipo de religión.

**Interpretación:**

Existe una diversidad de culto en la población encuestada con una gran diferencia en porcentaje de los diferentes grupos religiosos, pero el mayor son católicos, seguidos por evangélicos, dato que no interfiere en la toma de PAP, ya que ninguna de esas religiones está en contra del Auto cuidado, o la revisión

por parte de personal de salud independientemente su sexo. al referirnos a otras religiones predomina testigo de Jehová.

**Gráfica 7: Religión de la población es estudio.**



**Fuente: tabla 7**

**5.2 Conocimientos y Practicas**

**Tabla 8: ¿Sabe para qué sirve la prueba de Papanicolaou?**

| OPINION      | FRECUENCIA | PORCENTAJE    |
|--------------|------------|---------------|
| Si           | 305        | 83.8%         |
| No           | 59         | 16.2%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100.0%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

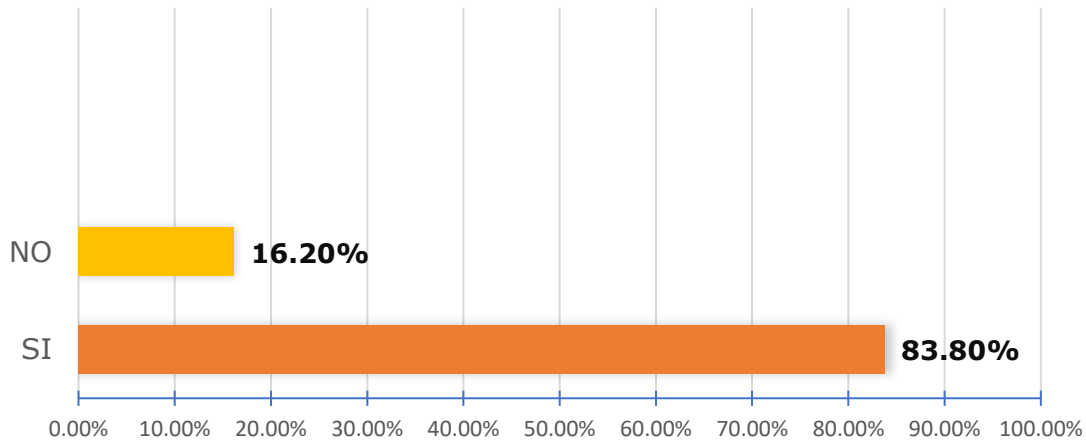
**Análisis:**

En la tabla 8, usuarias que saben para que sirve la prueba son el 83.8%, no saben su utilidad son el 16.2%.

**Interpretación:**

Un porcentaje muy alto de usuarias manifiestan tener conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y que se relaciona en cuanto a su salud. Sin embargo, un porcentaje de la población que desconoce su utilidad, o forma de ponerlo en práctica en algún momento de su vida y otro definitivamente no se han hecho la prueba.

### Gráfica 8: ¿Sabe para qué sirve?



Fuente: tabla 8

### Tabla 9: ¿Se ha tomado prueba de Papanicolaou?

| OPINION      | FRECUENCIA | PORCENTAJE    |
|--------------|------------|---------------|
| No           | 38         | 10.4%         |
| Si           | 326        | 89.6%         |
| <b>TOTAL</b> | <b>364</b> | <b>100.0%</b> |

Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.

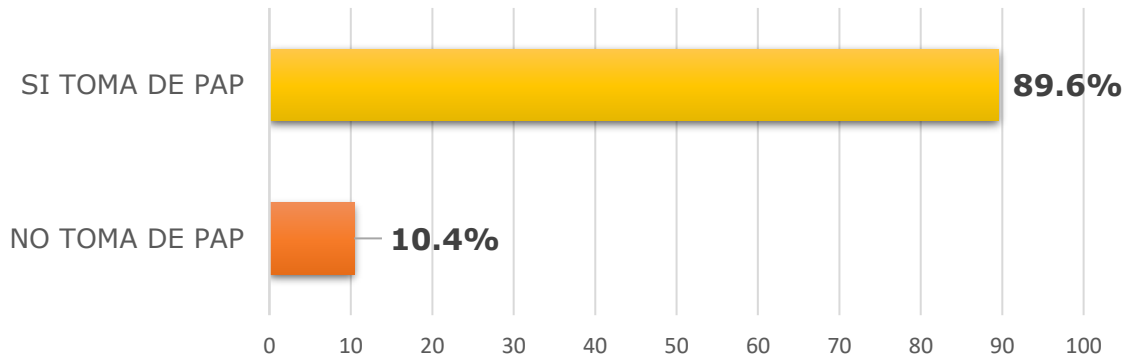
### Análisis:

En la tabla 9, se identifican usuarias que se han tomado la prueba de Papanicolaou, representando el 89.6%, no acudiendo a la toma de PAP con el 10.4%.

### Interpretación:

La población que acude a consulta en diferentes UCSF se han tomado la prueba de Papanicolaou en su gran mayoría, marcando una gran ventaja sobre usuarias que no se la han tomado. Cabe mencionar que para el enriquecimiento de la investigación se agregó una pregunta abierta a quienes no se han tomado la prueba. Con esto se pretende identificar mitos o creencias que no se han contemplado en las tablas de la investigación, siendo así la respuesta lo suficiente importantes y de mucho peso para la no realización de la prueba de Papanicolaou. Tomando como decisión nunca realizarse la prueba o desistiendo su uso. Dicha respuesta alternativa se ordena de forma descendente, agrupando las respuestas que más se asemejan entre sí.

**Gráfica 9: Toma de PAP de la población en estudio.**



**Fuente: TABLA 9**

**Tabla 10: En caso de no, ¿Por qué?**

| ¿POR QUÈ NO?                                       | FRECUENCIA | PORCENTAJE  |
|--|------------|-------------|
| Solo una pareja sexual.                            | 5          | 13.15%      |
| Me da vergüenza.                                   | 4          | 10.52%      |
| Ya no tengo pareja sexual.                         | 4          | 10.52%      |
| Causa dolor al realizarla.                         | 3          | 7.89%       |
| No tengo Hijos.                                    | 3          | 7.89%       |
| No siento nada.                                    | 3          | 7.89%       |
| Tengo miedo al resultado.                          | 3          | 7.89%       |
| No es necesaria.                                   | 2          | 5.26%       |
| Solo en una ocasión he tenido relaciones sexuales. | 2          | 5.26%       |
| No quiere mi pareja que lo haga.                   | 2          | 5.26%       |
| No tengo tiempo                                    | 2          | 5.26%       |
| La prueba causa cáncer.                            | 1          | 2.63%       |
| Causa infección en el útero.                       | 1          | 2.63%       |
| Quede sangrando la última vez                      | 1          | 2.63%       |
| Estoy muy joven.                                   | 1          | 2.63%       |
| No tengo dinero.                                   | 1          | 2.63%       |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>38</b>  | <b>100%</b> |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

## **Análisis:**

En la tabla 10 se describe la respuesta al no realizarse la prueba de papanicolaou, el, ¿Por qué, no? Teniendo un resultado de 38 usuarias que dijeron no. se ha ordenado de forma descendente la información teniendo como primera respuesta, solo tengo una pareja sexual, con un 13,15%, seguido de me da vergüenza realizarme la prueba de PAP con un 10.52 %y como ultimo porcentaje de mayor resultado, Ya no tengo una pareja sexual con un 10.52%, en el resto disminuye su incidencia al 7.89%, por causa como: causa dolor realizarla, no tengo hijos, no siento ningún síntoma, tengo miedo al resultado, seguido del 5.26%, donde se reporta solo en una ocasión he tenido relaciones sexuales, no quiere mi pareja que me realice la Citología, no tengo tiempo. Para finalizar con el 2.63% encontrando: La Prueba de Papanicolaou da Cáncer, causa infección en el útero, quede sangrando la última vez que me realice la citología, estoy muy joven, para finalizar no tengo dinero para realizarme la Prueba.

## **Interpretación:**

De 364 usuarias entrevistadas 38 respondieron: No realizo la prueba de Papanicolaou, generando el interrogante ¿Por qué no se realizó la prueba?, de las 38 usuaria en su mayoría pertenecen a UCSF Básica San Matías, seguida de UCSF Intermedia Jocoro, ya que las usuarias tienen mayores barreras en cuanto a la información y prácticas culturales heredadas de generación en generación respecto al Papanicolaou, a diferencia en Ciudad Mujer Morazán siendo creada esta institución para el desarrollo de Salud sexual y reproductiva la población que asiste a consultar ahí, tiene un objetivo muy diferente que en las otras unidades, siendo de menos incidencia la negativa ante la PAP.

Siendo así la mayor respuesta: Solo he tenido una pareja sexual, que hace pensar que están exentas del contagio de VPH, y no necesitando un tamizaje. Otro factor que influyen en gran medida es el impacto psicológico ya que la vergüenza es capaz de paralizar el auto cuidado. Como tercer principal esta, ya no tengo Pareja sexual, esto hace referencia que el hecho de tener una vida sexualmente activa es quien determina la toma de Papanicolaou. Un dato que llama mucho la atención es el hecho de que usuarias son nuligestas, y tienen actividad sexual, posiblemente múltiples parejas, pero el hecho de no ser madre de familia genera indiferencia ante la práctica de toma de PAP. Y en menor frecuencia queda el temor a los resultados. Citando: `Prefiero morir antes que saber que tengo cáncer`. Entre otros: no es necesario, solo en una ocasión he teniendo relaciones sexuales, mi pareja no permite que me realice la citología, no tengo tiempo, la prueba es dañina para mí y causa cáncer, causa infección en el útero, me produce sangrado, estoy muy joven para preocuparme. No tengo dinero.

Todas estas razones están contempladas en los cuadros de mitos y creencias. No se identificó mito o creencia nuevo, pero este conjunto de 16 respuestas fue de peso para las 38 usuarias ante la completa renuencia de toma de PAP.

**Gráfica 10: En caso de no, ¿Por qué?**



**Fuente: Tabla 10**

**Tabla 11: Ultima realización de Papanicolaou.**

| <b>ULTIMA PAP</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nunca             | 22                | 6.0%              |
| 1 año             | 121               | 33.2%             |
| 2 años            | 121               | 33.2%             |
| 3 años o mas      | 67                | 18.4%             |
| No lo recuerda    | 33                | 9.1%              |
| <b>TOTAL</b>      | <b>364</b>        | <b>100.0%</b>     |

Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.

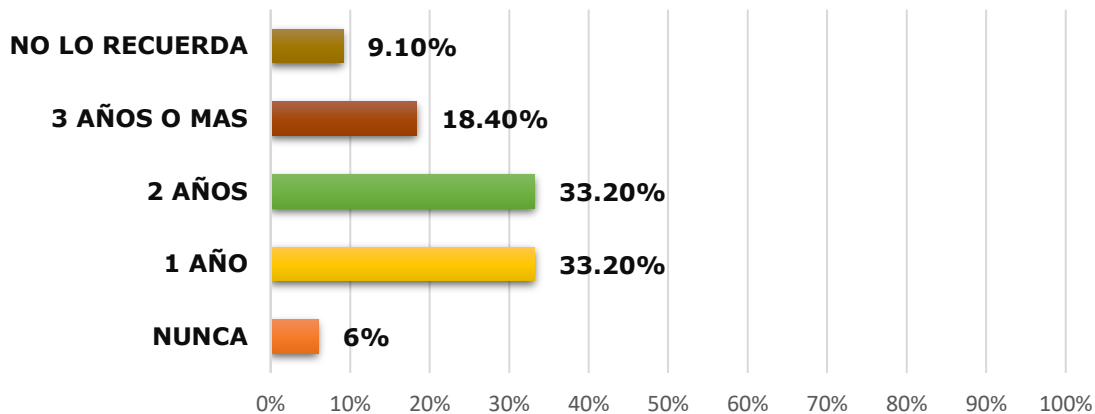
**Análisis:**

En la tabla 11 se muestra la práctica de toma de PAP que tiene las usuarias, en un 33.2% se realizan citología al año, de la misma forma 33.2% se realizan PAP cada dos años el 18.4% con intervalo de tres años o más un 9.1% no recuerdan su última PAPA, y tan solo el 6.0 % nunca se ha realizado la prueba de Papanicolaou.

**Interpretación:**

En esta tabla se muestra que las usuarias tienen un promedio de toma de PAP según lineamiento y se mantiene subsecuentes vigentes, es decir que se toma la citología en el rango de uno y dos años, seguido de toma de PAP al menos una vez en su vida, a partir de tres años o más siendo así subsecuentes atrasadas, pero hay usuarias que han tenido tanto intervalo entre cada citología que exceden de los 10 años desde la última toma, estando consciente en su inasistencia al punto de no recordar su última citología como lo reflejo un bajo porcentaje. siendo un porcentaje muy inferior la no toma de PAP.

**Gráfica 11: Ultima realización de Papanicolaou.**



Fuente: Tabla 11



**Tabla 12: Familiares con antecedentes de cáncer cervicouterino.**

| <b>OPINION</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
|----------------|-------------------|-------------------|
| Si             | 61                | 16.8%             |
| No             | 244               | 67.0%             |
| No sé          | 59                | 16.2%             |
| <b>TOTAL</b>   | <b>364</b>        | <b>100.0%</b>     |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

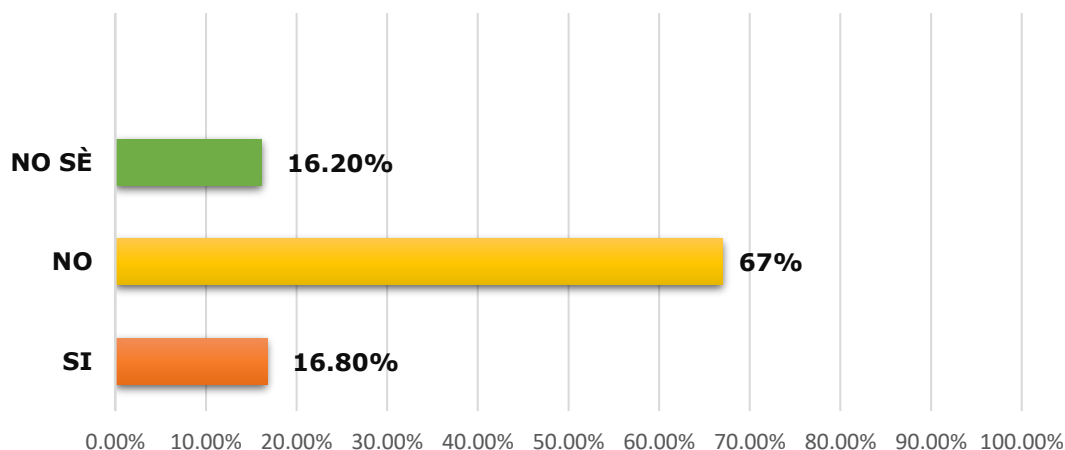
**Análisis:**

En la tabla 12 se encuentra con el 16.0 % conoce sobre antecedentes familiares de Ca de cérvix, desconocen sus antecedentes 16.2%. mientras que el 67.0% no tiene familiares con antecedente de cáncer de Cérvix.

**Interpretación:**

Es importante conocer la relación que tiene la usuaria con los antecedentes familiares, en especial si esta usuaria ha convivido con un familiar que ha sufrido de Ca de cérvix, así conoce su factor de riesgo, las complicaciones de dicha enfermedad, ya que eso tiene influencia directa en la forma de ver el tamizaje, detección oportuna, ayuda y tratamiento adecuando según el grado de Lesión de malignidad que se reporta, a pesar de ello quienes manifiestan no tener antecedentes familiares si se someten al tamizaje. Como búsqueda preventiva.

**Gráfica 12: Antecedentes familiares de Ca Cérvix**



**Fuente: Tabla 12**

### 5.3 MITOS

**Tabla 13: Mitos.**

| MITOS                                     | VERDADERO | VERDADERO | FALSO | FALSO |
|---|-----------|-----------|-------|-------|
|   | Fr        | %         | Fr    | %     |
| PAP produce un aborto                     | 101       | 27.7%     | 263   | 72.3% |
| Solo una pareja, no riesgo                | 121       | 33.2%     | 243   | 66.8% |
| Resultado (-), no riesgo, no PAP          | 101       | 27.7%     | 263   | 72.3% |
| Al hacer el PAP quitan un pedazo          | 118       | 32.4%     | 246   | 67.6% |
| Ca. Uterino no puede prevenirse           | 109       | 29.9%     | 255   | 70.1% |
| Demasiado mayor o joven para preocuparme  | 88        | 24.2%     | 275   | 75.8% |
| PAP, molesto, doloroso, presenta sangrado | 125       | 34.3%     | 239   | 65.7% |
| PAP hacer en cualquier momento            | 132       | 36.3%     | 232   | 63.7% |
| Molesto y vergonzoso con hombres          | 138       | 37.9%     | 226   | 62.1% |
| Mayor experiencia médico que enfermera    | 148       | 40.7%     | 216   | 59.3% |
| No tengo síntomas, no PAP                 | 120       | 33.0%     | 244   | 67.0% |
| El PAP da cáncer de cérvix                | 40        | 11.0%     | 324   | 89.0% |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

#### **Análisis:**

En la tabla 13 se muestra la distribución de mitos más comunes según investigaciones que se tiene acerca de la Prueba de Papanicolaou, se representan como verdadero y falso, según el orden de la entrevista. En donde se obtiene, un 27.7% de verdad de producir el PAP un aborto, siendo falso un 72.3 n produce un aborto, verdadero un 33.2% no tener riesgo de CA cérvix ya que solo se ha tenido una pareja sexual, y una 66.8% falso, un 27.7% cree verdadero, Resultado negativo a lesión intraepitelial o malignidad no riesgo ni necesidad de tomar PAP, un 72.3% lo considera falso, un 32.4% considera

verdadero que al realizar PAP se quita una muestra de Cérvix y el 67.6% dice ser falso, un 29.9% cree verdad no poder prevenir el Ca de cérvix y un 70.1% cree si se puede prevenir, el 24.2% considera no tener la edad adecuada para preocuparse por realizar PAP, mientras que el 75.8% lo considera falso. El 34.5% considera verdadero que el procedimiento es muy molesto, doloroso hasta el punto de sangrar por días, el 65.7% lo considera falso, el 36.3% considera verdadero realizarse la prueba de PAP en el momento que se desee, y el 63.7% considera falso, que se requiere de indicación, el 37.9% considera vergonzoso la toma de PAP con el género masculino, mientras que el 62.1% lo considera falso, el 40.7% considera que es verdadero que el Medico tiene más experiencia que otro personal de salud ante la toma de PAP, mientras que el 59.3% lo considera falso. El 33% considera verdadero tener Síntomas de Ca cáncer para necesitar realizarse la PAP, mientras que el 67% considera falso presentar síntomas ante la necesidad. El 11% considera verdadero que al hacerse el tamizaje hay riesgo de desarrollar ca de cérvix, mientras que el 89% lo considera falso.

### **Interpretación:**

Hay mitos que funcionan de barrera ante la toma de citología a los cuales llamaremos: Inadecuados. En este cuadro todos los mitos contemplados son inadecuados, generando como primera barrera no realizarse la citología y perdiendo la oportunidad ya que el medico no se la puede realizar, creyendo que el personal de licenciatura en enfermería no está capacitado. Agregando factor psicológico que es molesto, vergonzoso realizarlo con el género masculino, creyendo que existe un morbo ante la práctica. Por tal razón argumentan poder practicarla en cualquier momento de su vida, independiente mente una indicación médica. Como factor de riesgo se contempla múltiples parejas sexuales, pero sin embargo eso no justifica no realizarla solo por tener intimidad con su esposo o compañero de vida, ya que el hombre es el trasmisor activo de VPH.

Muchas de las usuarias que el cáncer de cérvix genera síntomas en etapas tempranas como flujo vaginal, dolor, sangrados profusos, hecho que, si es cierto, pero en etapas muy avanzadas cuando las complicaciones son mayores, por tal razón al no tener síntomas no creen que es una enfermedad de desarrollo silencioso. Un obstáculo poco fundamentado que tiene las usuarias es que cuando se realizan la citología se les quita un pedazo de su cuello cervical, asociando así el dolor, el sangrado, y más molestias que conlleva el procedimiento, aclarando que si se realiza la técnica adecuada ninguno de estos inconvenientes debe de existir, se relación al mito de producir un aborto, ya que creen que `debilita` al `quitar un pedazo`, al tener una idea errónea sobre la prevención del cáncer. `no existe la prevención` No hay una búsqueda contante ante el diagnostico oportuno, así como la mala

interpretación por parte de las usuarias al tener una respuesta: satisfactoria, negativa a lesión intraepitelial o malignidad, dan por asegurado que no hay compromiso de su salud, posponiendo el tamizaje, hasta obtener síntomas o infecciones vaginales. No conociendo la fisiopatología quien juega con los años a un posible diagnóstico tardío de cáncer cervical.

Por tal razón se realizará una tabla de comparación de factores favorables y desfavorables sobre mitos presentado en orden descendente, para ayudar a comprender que mito es el más mencionado entre las usuarias.

**Gráfica 13: Mitos.**



**Fuente: TABLA 13**

**Tabla 14: Creencias**

| <b>CREENCIAS</b>  | <b>VERDADERO<br/>Fr</b> | <b>VERDADERO<br/>%</b> | <b>FALSO<br/>Fr</b> | <b>FALSO<br/>%</b> |
|---|-------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|
| Resultado tarda y se olvida volver por el                       | 146                     | 40.1%                  | 218                 | 59.9%              |
| No PAP, en el consultorio me tratan mal                         | 65                      | 17.9%                  | 299                 | 82.1%              |
| Especulo contaminado por otras mujeres                          | 63                      | 17.3%                  | 301                 | 82.7%              |
| No PAP por vergüenza al ver mis genitales, solo mi pareja puede | 65                      | 17.9%                  | 299                 | 82.1%              |
| No PAP por miedo a saber si tengo cáncer                        | 100                     | 27.5%                  | 264                 | 72.5%              |
| No PAP, unidad horarios en los que no puedo ir                  | 80                      | 22.0%                  | 284                 | 78.0%              |
| No PAP, espero largo tiempo para ser atendida                   | 150                     | 41.1%                  | 215                 | 58.9%              |
| No tengo r. Sexuales, no PAP                                    | 111                     | 30.5%                  | 253                 | 69.5%              |
| Tengo r. Sexuales, pero sin hijos, no PAP                       | 99                      | 27.3%                  | 254                 | 72.7%              |
| PAP cuida de mi salud y salva mi vida                           | 241                     | 66.2%                  | 123                 | 33.8%              |
| Familia, vecinos y amigos me dijeron que tomara PAP             | 87                      | 23.9%                  | 277                 | 76.1%              |
| Doctor, promotor o enfermera lo indica                          | 157                     | 43.3%                  | 206                 | 56.7%              |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio,**

## **Análisis:**

En la tabla 14 se muestra la distribución de creencias más comunes según investigaciones recopiladas acerca de la prueba de Papanicolaou, en esta tablas se representa su respuesta como: verdadero/ falso, se han ordenado según la entrevista, en donde se obtiene un 40.1% de verdadero a la creencia: El resultado tarda demasiado y se me olvida regresar por él, un 59.9% respondió falso; En el consultorio me tratan mal, no me realizo la PAP contesto como verdadero un 17.9 y un 82.1% falso; El especulo está contaminado por otras personas donde consideran falso un 82.7% de usarías y un 17.3% verdadero; solo mi pareja puede ver mis genitales o me genera vergüenza por tal razón no realizo la PAP, un 82.1% corresponde a falso y solo el 17.9% considera verdadero; No me realizo la Citología ya que me da miedo saber el resultado, el 72.5% considera falso y el 27,5% lo considera verdadero; En la unidad de salud atienden en horarios que no puedo asistir, 78.0 % considera falso y el 22.0% verdadero; no me realizo la citología, ya que espero largo tiempo para ser atendida, lo considera falso el 58.9% y el 41.1% lo considera verdadero; No tengo relaciones sexuales, por lo tanto no existe la necesidad de realizarme la citología, donde el 69.5% lo considera falso y el 30.5% lo considera verdadero; El PAP cuida de mi salud y salva mi vida lo considera verdadero el 69.5% y el 27.3% falso; me realizó la PAP por alguien de mis familiares, vecinos o amigos em dijeron que me la tomara, el 76.1% lo considera falso y el 23.9% lo considera verdadero; me realizo la PAP ya que mi médico me lo indica o el promotor o enfermera me lo recomienda, el 56.7% lo considera falso y el 43.3% verdadero.

## **Interpretación:**

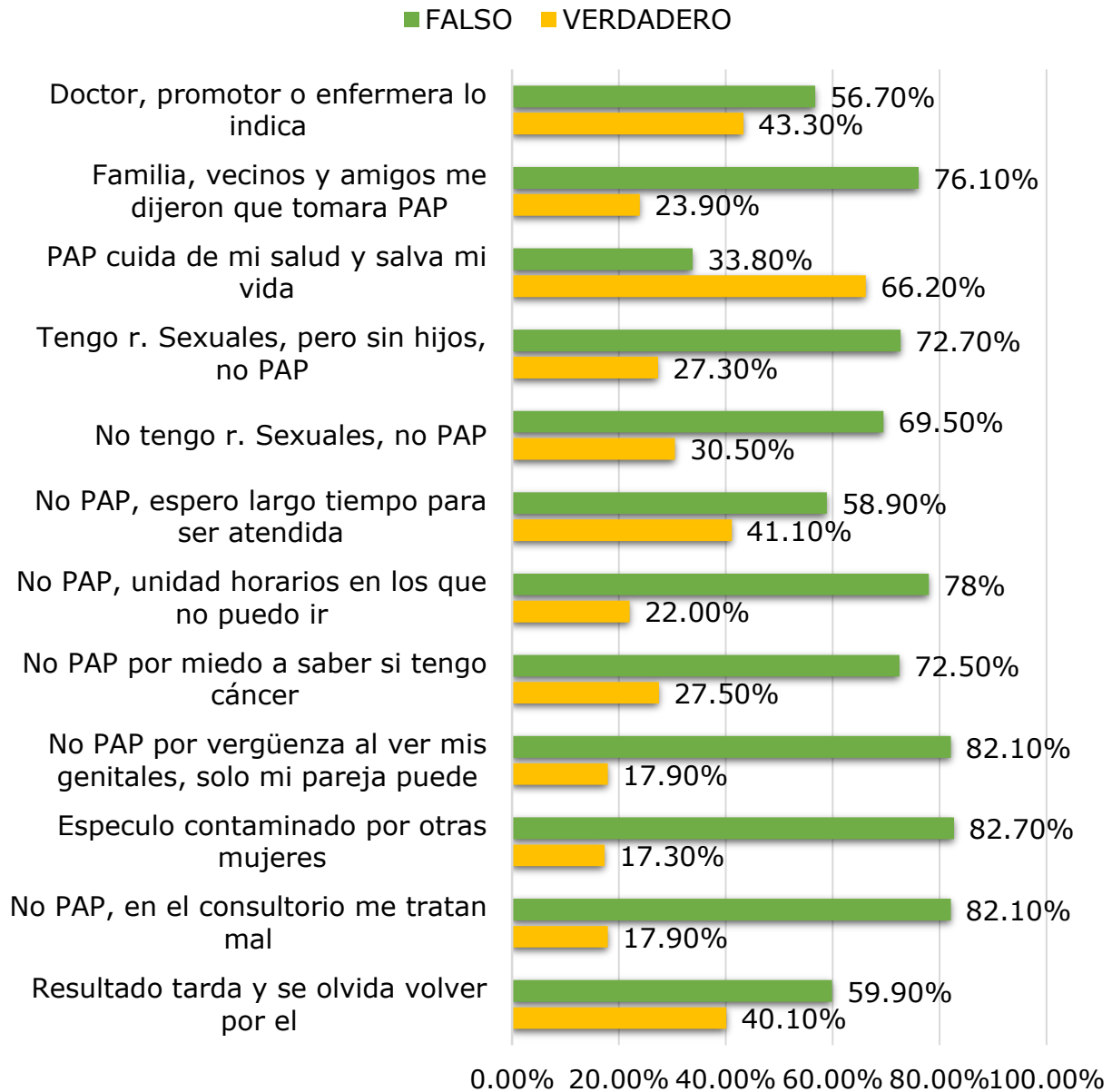
Existen creencias que son favorables para la población, y es de gran interés el hecho de descubrir que para las usuarias el cáncer de cérvix si es prevenible, quedando como mayor incidencia, el papanicolaou cuida de mí y salva mi vida, generando iniciativa para su cuidado, pero un tercio de nuestra población que consideran lo contrario, agregándole que la indicación por parte del médico o la promoción de salud por el promotor junto con charlas del personal de enfermería genera interés positivo ya que tiene beneficios en casi la mitad de la población, junto con experiencias familiares y amigos se puede difundir el beneficio de la PAP.

Se ha visto una búsqueda de mayor calidad en la estrategia de salud y atención brindada, ya que la población en general no ve como una desventaja horarios de atención y entrega de resultados.

Existen creencias en las usuarias, siendo la mayor creencia: no tengo relaciones sexuales, no necesito realizarme la PAP, seguido de: Soy sexualmente activa, pero un no tengo hijos, no necesito realizarme PAP, otra

dificultad es en cuanto a espera de atención en unidad de salud y la demora del resultado, agregándole el temor a ser diagnosticada con alguna lesión intraepitelial.

### Gráfica 14: Creencias



Fuente: tabla 14

**Tabla 15: Comparación de factores favorables y desfavorables sobre Mitos.**

| MITOS | FAVORABLES                                | DESFAVORABLES                          |
|-------|---|--|
|       |   | Mayor experiencia médico que enfermera |
|       | Molesto y vergonzoso con hombres          | 37.9%                                  |
|       | PAP hacer en cualquier momento            | 36.3%                                  |
|       | PAP, molesto, doloroso, presenta sangrado | 34.3%                                  |
|       | Solo una pareja, no riesgo                | 33.2%                                  |
|       | No tengo síntomas, no PAP                 | 33.0%                                  |
|       | Al hacer el PAP quitan un pedazo          | 32.4%                                  |
|       | Ca. Uterino no puede prevenirse           | 29.9%                                  |
|       | PAP produce un aborto                     | 27.7%                                  |
|       | Resultado (-), no riesgo, no PAP          | 27.7%                                  |
|       | Demasiado mayor o joven para preocuparme  | 24.2%                                  |
|       | El PAP da cáncer de cérvix                | 11.0%                                  |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

**Análisis:**

En la tabla 15, se muestra en orden descendente los mitos que la población acepta como verdadero, teniendo: 40.7% mayor experiencia médico sobre enfermera, 37.9% es molesto y vergonzoso cuando toman la prueba personal masculino, 36.3% se puede realizar la PAP en cualquier momento, 34.3% produce un sangra, o quedo sangrando por mucho tiempo al realizarme la PAP, 33.0% no tengo síntomas para pensar en realizarme la PAP, 32.4% al realizarme la PAP quitan un pedazo de mi cuerpo, 29.9% el cáncer cervicouterino no puede ser prevenido, 27.7% al realizarme la PAP puede producirme un aborto, 27.7% mis resultados son Negativos, no necesito realizarme la PAP, 24.2% no tengo la edad suficiente para preocuparme, soy demasiado joven o mayor, 11.0% el PAP desarrolla cáncer de cérvix.



## **Interpretación:**

Al realizar la clasificación de mitos favorables y desfavorables, no existen mitos que sean favorables, al detallar los mitos desfavorables se interpreta que no existe alguno que ayude al aumento en la toma de Papanicolaou, pero es importante destacar, que a pesar de ser desfavorables no tiene un gran incidencia ya que no sobrepasan más de la mitad de la población en estudio, teniendo como mayor aceptación en su vida el mito de, mayor experiencia médico que enfermera, no es un mito completamente perjudicial, si lo tomamos del punto de vista que la usuaria pierde la oportunidad de captar esa muestra en el caso que medico no está disponible, o sea por la organización de campañas de prevención de Cáncer de cérvix, en donde no solo el medico este llevando a cabo la prueba de tamizaje, Pero hay que tomar en cuenta que no es lo mismo realizar técnica de tamizaje nada más, a diferencia del médico que puede establecer un diagnostico oportuno si existiera algún tipo de lesión intraepitelial visible, y así realizar oportuna referencia a un manejo y tratamiento adecuado.

Otros de los mitos que más dificultan, pero en menor es que el procedimiento es vergonzoso, y molesto si lo realizan hombre. La preferencia de género femenino tiene estrecha relación con la presencia de vergüenza, incluso las usuarias manifiestas acudir a otras UCSF solamente a la toma de PAP, porque el consultante en la Unidad es del sexo masculino. Esta búsqueda por el `personal ideal` para la paciente genera el siguiente mito, en donde puede aplazar el momento de toma de citología, creyendo que lo puede realizar en cualquier momento, generando seguimientos atrasados incluso olvidos de sus controles.

Usuaris que han tenido experiencias que no han abonado a favor de la toma de PAP describen que es molesto, doloroso o ha generado un sangrado posterior a una inadecuada técnica, este sangrado ha sobrepasado a las esterillas sanguinolentas, otro de los mitos desfavorables para las usuarias es creer que solo por tener una pareja sexual en sus antecedentes la exime de poder contraer VPH, relacionando al siguiente mito, no consulta por no tener ninguna sintomatología y no genera necesidad de toma de PAP. Otro mito se genera es que al realizar la PAP quietan un pedazo del Cérvix, existiendo un `desgaste de la matriz` en cada procedimiento, este mito va aunado que realizarse la PAP durante el embarazo genera aborto. Otro mito desfavorable es, que al obtener resultados satisfactorios y negativos a LEI, opinan no necesitar en seguimiento indicado por norma, sabemos que el VPH puede tardar años en poder desarrollar algún tipo de lesión cancerígena, relacionado al siguiente mito, soy demasiado joven para preocuparme, o demasiado mayor, usuarias mencionaban `no tengo edad para el cáncer`.

Cada uno de los mitos tiene una incidencia mínima, entre todos el de menor índice es: El Papanicolaou produce Cáncer de cérvix.

**Tabla 16: Comparación de factores favorables y desfavorables sobre Creencias.**

| CREENCIAS   | FAVORABLES                            |   | DESFAVORABLES                                 |       |
|---|---------------------------------------|---|---|-------|
|   | PAP cuida de mi salud y salva mi vida | 66.2%   | No PAP, espero largo tiempo para ser atendida | 41.1% |
| Doctor, promotor o enfermera lo indica              | 43.3%                                 | Resultado tarda y se olvida volver por el                       | 40.1%   |       |
| Familia, vecinos y amigos me dijeron que tomara PAP | 23.9%                                 | No tengo r. Sexuales, no PAP                                    | 30.5%   |       |
|   |                                       | No PAP por miedo a saber si tengo cáncer                        | 27.5%   |       |
|   |                                       | Tengo r. Sexuales, pero sin hijos, no PAP                       | 27.3%   |       |
|   |                                       | No PAP, unidad horarios en los que no puedo ir                  | 22.0%   |       |
|   |                                       | No PAP, en el consultorio me tratan mal                         | 17.9%   |       |
|   |                                       | No PAP por vergüenza al ver mis genitales, solo mi pareja puede | 17.9%   |       |
|   |                                       | Especulo contaminado por otras mujeres                          | 17.3%   |       |

**Fuente: Cédula de Entrevista de UCSF en estudio.**

**Análisis:**

En la tabla 16, se clasifican las creencias como favorables: El PAP cuida de mi salud y salva mi vida en un 66.2%, el doctor, promotor o enfermera me indica la realización en un 43.3%, mi familia, amigos y vecinos me recomienda a realización de la PAP en un 23.9%.

Entre las creencias desfavorables están: espero largo tiempo para ser atendida con un 41.1%, el resultado tarda mucho y se me olvida retirarlo 40.1%, no soy sexualmente activa, por lo tanto no necesito realizarme el PAP 30.5%, Tengo miedo a saber los resultados en un 27.5%, Soy sexualmente activa pero un no soy madre de familia en un 27.3%, en la Unidad de salud atienden en horarios que me es difícil acudir con un 22.0%, no me realizo la PAP ya que en el consultorio me tratan mal con un 17.9%, no me realizo el PAP por vergüenza al exponer mis genitales, y solo mi pareja puede verme con un 17.9%, y como ultima creencia con un 17.3% el especulo está contaminado por otras mujeres.

### **Interpretación:**

En las creencias si existen favorables y desfavorables, entre los favorables estos aumentan la práctica de Papanicolaou, Iniciando con el mayor dato en creencia favorable: El papanicolaou cuida de mi salud y puede salvar mi vida, siendo este más de la mitad de la población encuestada, generando mayor búsqueda en la realización. Las usuarias tienen una aceptación en cuanto a la indicación por parte del doctor, promotor o enfermera cuando indican realizar la Citología, recordemos que 89.0% de la población se ha tomado la citología y que la mayor frecuencia entre cada vez es entre primer y segundo año, siendo subsecuentes vigente, lo que quiere decir que la mayoría de nuestra población está pendiente de la indicación de su próxima PAP. Otro mito que favorece es, no solo la indicación por parte del personal de salud, sino los comentarios u orientaciones por parte de las experiencias de familiares, vecinos y amigos, que fomentan en un porcentaje mínimo, pero a favor de su práctica.

Entre las creencias desfavorables a la cabeza esta, no se realiza el PAP, ya que se espera largo tiempo para ser atendida, si bien la toma de PAP es un procedimiento corto agregando la experiencia del quien la toma, no es un procedimiento solo de toma de muestra, es una consulta a la que se somete la usuaria, Existen usuarias que no llegan a su cita para el resultado y esperan preguntar hasta el momento de su otra toma de citología, si la usuaria considera demasiado tardado el resultado, al no saber el plan para su respuesta es como no realizarse la prueba.

Otro de las creencias que están muy elevadas es el hecho de no ser sexualmente activa, no hay necesidad de realización de PAP, o no tener hijo. Usuarias consideran erróneamente no ser candidatas para dicho control. Otro de las barreras es el temor a los resultados, lo cual podemos relacionar con la ausencia en la asistencia a resultados de citología. Este miedo a ser diagnosticada con cáncer.

Existen usuarias que desisten de su seguimiento ya que manifiestan que son inadecuados los horarios de atención en contexto con sus actividades, aunado a eso el trato por el personal de salud que reportan ser tratadas mal.

Otra creencia es que solo su pareja puede observar sus genitales, o que genera vergüenza, por último, está la creencia que el instrumental que es utilizado para el tamizaje es el mismo que se utiliza en otras pacientes sin una previa esterilización, creyendo que contraerán una infección.

## 6.DISCUSIÓN

Tomando en cuenta los criterios de inclusión en la población estudiada: mujeres salvadoreñas de 20 a 59 años de edad que hayan iniciado actividad sexual, que pertenecían al área de influencia de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y que participaron voluntariamente con la investigación.

Las características socio-demográficas de las mujeres entrevistadas en las tres unidades de salud en estudio se encontraron que más de la mitad de las mujeres entrevistadas son de procedencia rural en un 72.1% y urbana un 27.7%, las edades en mayor porcentaje de 26.65% tienen entre 27 y 33 años de edad, mientras que el 20.33% poseen de 34 a 40 años y un 16.48% se encuentran entre las edades de 20 a 26 años encontrándose en pequeño porcentaje las de mayor edad, siendo la población joven la que más consulta. En lo referente al estado familiar un porcentaje similar (34.8%) se encuentran acompañadas, el 35.9% manifestó estar casadas, una mínima población refirió ser solteras 29.3%. La accesibilidad geográfica y la ocupación pueden ser un factor contribuyente a que las mujeres se realicen o no la citología. En cuanto al nivel educativo de las tres unidades en estudio, corresponde al nivel medio (39.3%) segundo lugar educación básica con un 35.4% encontrándose en pequeño porcentaje estudios superiores 13.7%, siendo la ocupación que ejercen actualmente, ama de casa ocupa el mayor porcentaje del 63.7% y empleada el 29.7% y en pequeño porcentaje las estudiantes; en lo referente a la religión la mayoría de las mujeres entrevistadas profesan la religión católica porcentaje de 48.6%; otro factor como la paridad en las entrevistadas en mayor porcentaje con 28.3% se encuentran como máximo 2 hijos, en los tres lugares donde se realizó el estudio.

Cuando se investigó si las mujeres tienen conocimiento sobre la citología se observó que más de la mitad en los tres establecimientos de salud las mujeres conocen que es la citología, lo cual quiere decir que tienen idea en qué es la citología, pero no precisamente tienen un conocimiento adecuado. Al indagar sobre si se habían tomado la citología la mayoría contestó si con un porcentaje de 89.6% y las que no se la habían tomado un pequeño porcentaje de 10.4% y se les dio opción de contestar mediante una pregunta abierta porque no se la realizaban y en mayor porcentaje contestaron que solo habían tenido una pareja 13.5% y el otro porcentaje en segundo lugar manifestó que le daba vergüenza con 10.52% y en otros bajos porcentajes mencionaron que les daba pena, que no tenían hijos y que no era necesaria. Cuando se les preguntó acerca de la periodicidad para la toma de citología, en más de la mitad de los tres establecimientos contestaron que se la realizan entre uno y dos años con mayor porcentaje, por lo tanto, nos indica que en lo que respecta a periodicidad, la población en estudio tiene practicas adecuadas o sabe que se debe realizar la prueba en ese tiempo, esto no significa que en la práctica realmente se la tomen cada año. Al evaluar los antecedentes familiares del

cáncer de cuello uterino, más de la mitad de las mujeres dicen no tener antecedentes con un 67% y otro porcentaje contestó si tener antecedentes con un 16.8% esto motiva a la usuaria a practicar la citología cervicouterina, muchas de ellas saben que la citología les previene de esta enfermedad, aunque no tengan idea en que consiste esta patología o algunas que no han tenido la experiencia familiar.

En cuanto a la tabla de mitos y creencias donde se le preguntó a cada usuaria un listado de 12 mitos y 12 creencias tomados de investigaciones anteriores hechas a usuarias latinas usando la opción falso y verdadero. En la categoría mitos se tomó en cuenta expresiones que surgen a partir de la pregunta ¿Qué le han dicho o comentado respecto al Papanicolaou?, obteniendo respuestas que distorsionan la realidad del procedimiento del Papanicolaou, ya que el mito en este caso atribuye cualidades falsas al procedimiento; un mínimo de la población entrevistada hace referencia a comentarios que han escuchado o les han contado y en porcentajes obtuvimos:

Primer mito el 72.3% considera que el hacerse la citología no se produce un aborto mientras que el 27.7% considera que sí.

Segundo mito considera el 33.2% que al tener solo una pareja no riesgo de cáncer y el 66.8% considera que, si hay riesgo de cáncer, aunque solo tenga una pareja.

Tercer mito: si el resultado me sale bien significa que no tendré cáncer nunca, por lo que no necesito realizarme el PAP a cada rato, 72.3% considera falso significa que siempre se debe realizar la prueba y el 27.7% verdadero significa que no es necesario realizar la prueba a cada rato.

El cuarto mito: Cuando le hacen la prueba le quitan un pedacito el 67.6% dice que no significa que la mayoría tiene un poco conocimiento sobre la prueba y el otro 32.4% menciona que sí.

Quinto mito: el cáncer uterino no puede prevenirse el 70.1% considera que si se puede prevenir y el 29.9% que no.

Sexto mito: soy demasiado mayor o joven para preocuparme sobre hacerme el Papanicolaou y el 75.8% considera que la edad no es impedimento para hacerse la prueba y el otro 24.2% considera que es muy joven o mayor para realizarla.

Séptimo mito: El PAP es muy molesto o doloroso y presento sangrado, acá el 65.7% no presenta molestias y el 34.3% sí las presenta.

Octavo mito: Me puedo hacer un PAP en cualquier momento el 63.7% mencionó que no es en cualquier momento y que existe un tiempo estipulado por médico y el 36.3% dice que si se lo puede realizar cuando desee.

Noveno mito: No es bueno hacérselo con personal hombre por que pueden ser morbosos y me da pena, aquí mencionan el 62.1% que no es impedimento el sexo del personal y el 37.9% considera que sí es impedimento.

Decimo mito: es mejor que me realice la prueba el médico y no la enfermera porque no tiene mucha experiencia mencionaron en porcentajes casi igualitarios tener preferencia de personal de salud en porcentajes de 59.3% y 40.7%.

Onceavo mito: si no tengo síntomas o molestias, no necesito tomarme el PAP el 67.0% considera que, aunque no haya molestias siempre se debe realizar en cambio el 33.0% considera que no es necesario realizarse la prueba si no hay síntomas.

Doceavo mito: Al hacerse la prueba de Papanicolaou da cáncer el 89.0% dice que no da cáncer y en pequeño porcentaje considera que si 11.0%.

En la categoría creencias estas son originariamente sociales pues estas se presentan como un sentimiento, juicio, vivencia; quien lo "vive" experimenta un "sentimiento de realidad" Algunas de las creencias también son transmitidas de generación en generación como parte de su cultura. Surge gran preocupación ya que la mayoría de las mujeres entrevistadas asocia el procedimiento del Papanicolaou a ¿Que le han dicho o comentado respecto a la prueba del Papanicolaou? En la tabla de creencias relacionadas con la prueba igualmente son 12 con dos opciones a escoger de falso y verdadero.

Primera creencia: me tomo el PAP porque un promotor, enfermera y doctor me lo indica, donde el 56.7% menciona que no se hace la prueba solamente cuando se la indican y el otro porcentaje de 43.3% se la realiza cuando se la indican.

Segunda creencia: me tomo el PAP porque miembros de mi familia, amigos y vecinos me dijeron que me lo tomara, acá el 76.1% menciona que no se realiza la prueba porqué alguien más le dice y el otro 23.9% se la toma porque le dicen otras personas.

Tercera creencia: Una razón para tomarme el PAP es cuidar de mi salud porque puede salvar mi vida, aquí las usuarias consideran que el PAP si les puede salvar la vida en un 66.2% y el otro porcentaje 33.8% considera que esta prueba no le puede salvar la vida.

Cuarta creencia: aunque tenga relaciones sexuales, pero si no tengo hijos no debo hacerme la prueba, aquí la usuaria considera que, aunque no tenga hijos siempre se debe hacer la prueba en un porcentaje del 72.7% y el otro porcentaje del 27.3% considera que si no tiene hijos no es necesaria la prueba.

Quinta creencia: Si no estoy teniendo relaciones sexuales, no necesito tomarme el PAP, las usuarias en un 69.5% mencionan que siempre se debe realizar la prueba, aunque no tenga relaciones y el otro 30.5% mencionó no es necesaria la prueba si no tiene relaciones.

Sexta creencia: No me tomo el PAP porque cuando voy necesito esperar largo tiempo para ser atendida, con un porcentaje del 58.9% no es excusa el tiempo de espera para realizarse la prueba y el 41.1% si es excusa.

Séptima creencia: No me tomo el PAP porque en la unidad de salud atiende en horarios en los que no puedo ir porque no tengo tiempo, aquí se puede ver que el horario de atención no es excusa en un 78.0 % y el otro porcentaje considera que si lo es 22.0%.

Octava creencia: No me tomo el PAP porque me da miedo saber que tengo cáncer, las usuarias en un 72.5% consideran no tener miedo de realizarse la prueba y el otro 27.5% si lo tiene.

Novena creencia: No me tomo el PAP porque me da vergüenza que me examinen porque solo mi pareja puede ver mis genitales, se puede observar qué el machismo está en un pequeño porcentaje de 17.9% y el otro porcentaje del 82.1% no tiene vergüenza y machismo.

Décima creencia: El espejo está contaminado por otras mujeres, se observa que en mayor porcentaje 82.7% las usuarias consideran que el espejo no está contaminado y el 17.3% sí.

Onceava creencia: No me tomo el PAP porque en el consultorio me tratan mal, el 82.1% no ha recibido maltrato por personal de salud y el 17.9% considera que si, no se descarta que sea excusa.

Doceava creencia: El resultado tarda demasiado y se me olvida volver por él, aquí la mayoría de usuarias tiene mal apego al seguimiento de los resultados en un 59.9% y el otro 40.1% si le da seguimiento a los resultados. Algunas de las mujeres entrevistadas creen que al sentirse bien ya no es necesario realizase la prueba; esta creencia es respaldada por la confianza y conformidad que expresan al sentirse saludables.

Comparado con otras investigaciones una realizada a un grupo de mujeres chilenas en el 2012 sobre mitos y creencias se encontró que el 96% de las mujeres refiere tener un Papanicolaou en los últimos 3 años concluyeron que la barrera principal para adherirse a la prueba es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida en comparación con nuestra investigación se encontró que las usuarias tienen conocimiento sobre la prueba pero no el adecuado porque tuvimos usuarias que manifestaron que al realizarle el PAP le quitan un pedacito o produce aborto pero aun así la mayoría se la realiza con un 89.6%.



Otra tesis realizada en Ecuador en el año 2016 sobre mitos y creencias una investigación de tipo cualitativa se encontró que las usuarias no se realizan la prueba por la vergüenza, el miedo, la preferencia del personal de salud, el dolor ante la prueba y la falta de tiempo; comparado nuestros datos la vergüenza ante la prueba se encuentra en un 17.9%, el miedo a realizársela para no saber que tiene cáncer en un 27.5%, la preferencia por el personal de salud sexo femenino en un 37.9%, en un 41.1% de las usuarias manifiestan descontento ante el tiempo de espera para ser atendida; sin embargo creen que el PAP les puede salvar su vida.

Se encontró de igual manera en una investigación realizada en Perú en el año 2018 que predomina la vergüenza, el tiempo de espera y el dolor ante la prueba como barreras para no realizarse la prueba. En la investigación se encontraron, pero en bajos porcentajes de prevalencia, eso significa que en las mujeres latinas incluyendo nuestra población existen similares mitos y creencias con la diferencia que se encuentran en mínimo porcentaje.

Otra investigación hecha en México sobre conocimientos y creencias sobre la prueba de papanicolaou un 66.6% de la muestra total dijo conocer la prueba, y las mujeres indicaron tener un mayor conocimiento sobre la misma y en nuestra población cuando se investigó si las mujeres tienen conocimiento sobre la citología se observó que más de la mitad en un 83.8% las mujeres conocen la citología, lo cual quiere decir que tienen idea en qué es la citología, pero no precisamente tienen un conocimiento adecuado por la presencia aún de mitos y creencias. A pesar de esto, la muestra reconoció la gran importancia de hacérsela ya que el 89.6% se la realiza. En México manifestaron en un porcentaje del 43.6% que se realizan la prueba cuando un médico se la indica en nuestra población muestra en un 43.3%.

Lo anterior indica que aún existe mitos y creencias y en una minoría déficit de conocimiento adecuado, influencias tanto externas como de carácter personal sobre la citología cérvico-uterina en las tres unidades de salud, a pesar que en los últimos dos años se ha evidenciado un aumento de la cobertura, y esto se debe a que desde el año 2,011 se ha puesto en marcha la campaña contra el cáncer de cuello uterino, en donde se asignó metas en cuanto el número de citología, a finales del año 2010 se implementó un plan operativo anual(POA) en el cual se delimita con mayor precisión la población de cada unidad de salud y Equipos comunitarios de salud familiar (ECOS) y en base a este plan se establecen metas mensuales de citología. Para Jocoro en el año 2018 se realizaron 159, en Ciudad Mujer Morazán 2,601 y en la unidad de San Matías Ciudad Barrios 33, para el presente año se ha logrado una mayor cobertura en las tres unidades de salud porque se ha incluido la prueba VPH.

## 7.CONCLUSIONES

1. Las características socio-demográficas de las mujeres entrevistadas en las tres unidades de salud en estudio se encontraron que más de la mitad de las mujeres entrevistadas son de procedencia rural en un 72.1% y las edades en mayor porcentaje de 26.65% tienen entre 27 y 33 años de edad. En lo referente al estado familiar un 35.9% manifestó estar casadas. En cuanto al nivel educativo de las tres unidades en estudio, corresponde al nivel medio en un 39.3%, siendo la ocupación que ejercen actualmente, ama de casa ocupa el mayor porcentaje del 63.7% y en lo referente a la religión la mayoría de las mujeres entrevistadas profesan la religión católica porcentaje en un 48.6%; otro factor como la paridad en las entrevistadas en mayor porcentaje con 28.3% se encuentran como máximo 2 hijos, en los tres lugares donde se realizó el estudio, según los resultados obtenidos de la cédula de entrevista el nivel educativo, la paridad y la religión no tiene influencia negativa en la toma de citología ya que en un 83.8% sabe para qué sirve la prueba y un 89.6% de las mujeres entrevistadas se realizan la prueba y en un porcentaje de 66.4% de forma periódica.

2. Se concluye tomando los mitos y creencias favorables y desfavorables ante la prueba donde se obtiene un listado en orden jerárquico de las respuestas de las usuarias, la categoría de mitos se consideraron todos desfavorables ante la prueba lo que significa que intervienen a que las usuarias se realicen la prueba y se obtuvo que las mujeres mencionan como principal motivo la preferencia por personal de salud en este caso médico que realiza la prueba en un 40.7%, la desconfianza que se genera ante la intervención del sexo masculino como protagonista en el procedimiento con un 37.9%, esta desconfianza se incrementa de manera exponencial con mayor frecuencia que prefieren realizarse este procedimiento con una doctora, debido a que les proporciona más confianza y pueden expresar libremente lo que piensan o sienten, tercero a esto se obtuvo que las usuarias tienen conocimiento sobre la prueba pero no el suficiente manifestando que se pueden realizar el PAP en cualquier momento con un 36.3%, con respecto a la experiencia ya sea personal o a sus allegados que han tenido algunas mujeres con un porcentaje del 34.3% refiere que el PAP es molesto, doloroso y presenta sangrado, otras usuarias manifestaron que no es necesario realizarse la prueba si solo han tenido una pareja o no han tenido síntomas en un porcentaje similar del 33%, otras usuarias siempre con respecto al conocimiento de la prueba hay una minoría que considera que le quitan un pedacito en un 32.4%, que no se puede prevenir el cáncer en un 29.9% o que produce aborto con 27.7%, esto significa que las usuarias no se realizaban la prueba durante el embarazo, otras consideran qué por la edad no es necesaria la prueba y que el cáncer de cérvix no se puede prevenir.

3. En lo que respecta a las creencias los resultados favorables predominaron en un porcentaje de 66.2% las usuarias consideran que realizarse el PAP cuida de su salud y salva su vida , que se realiza la prueba porque un doctor, promotor o enfermera se lo indica en un 43.3% o familiares, amigos y vecinos y esto demuestra que la mayoría de usuarias practica la citología y sabe que previene el cáncer, pero tienen creencias ante la prueba que se toman como desfavorables que les impide realizársela, como esperar largo tiempo para ser atendida en un 41.1%, se les olvida volver por los resultados en un 40.1% o piensan que tienen cáncer y por eso no se la realizan o porque no tienen hijos, el machismo y la vergüenza. Algunas de las mujeres entrevistadas mencionan que no han acudido a la realización de la prueba por descuido, pues refieren estar ocupadas, no contar con el tiempo necesario, además de las demandas que implican sus tareas cotidianas como cuidar la casa y de sus hijos impidiendo priorizar la salud; por otro lado se encontraron comentarios acerca de la dificultad que existe al momento de esperar, alguna minoría dice haber tenido un trato malo por el personal de salud y que el espejito está contaminado.

4. En otras conclusiones de conocimientos y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou se les preguntó a las usuarias para qué sirve la prueba de las cuales el 83.8% sabe para qué sirve y en otra se les pregunta si se habían tomado la prueba y el 89.6% contestó que sí y el 10.4% del resto de usuarias refirió que no se la realizaba y se les da la opción de responder mediante una pregunta abierta el motivo de no realizarse la prueba encontrándose "Solo tengo una pareja sexual", "Me da vergüenza", "Causa dolor al realizarla", "No tengo hijos", "No siento nada", "No es necesaria", "Solo en una ocasión he tenido relaciones sexuales", "me da pena". De las usuarias que se realizaban la prueba se encontró que en un 66.4% se la realiza entre uno y dos años. En otra pregunta sobre antecedentes familiares de cáncer o que hayan padecido en un 67% manifestaron no poseer dichos antecedentes. Esto nos hace ver que aún existen en las usuarias mitos y creencias que influyen negativamente a realizarse la prueba ya sea por influencias tanto externas como personales, pero a pesar de ello no les impide realizársela ya que la mayoría de usuarias la practica para prevenir el cáncer cervicouterino.

## **8.RECOMENDACIONES**

Teniendo como base las conclusiones presentadas sobre la investigación Mitos y Creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou en usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia Jocoro; especializada Ciudad Mujer Morazán y Básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel año 2019 se realizaron las siguientes recomendaciones:

### **Para el Ministerio de Salud y las Unidades Comunitarias de Salud Familiar locales.**

-Crear conciencia mediante estrategias de promoción y educación para la salud para implementar medidas que ayuden a aminorar los mitos y creencias que influyen en la decisión de toma de la prueba de Papanicolaou y así ampliar la cobertura.

-Incentivar a las usuarias sobre la importancia de la realización periódica de la citología cérvico-uterina para la prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino.

-Hacer énfasis en la promoción de salud referente al Papanicolaou, aclarando así mismo las dudas que tengan al respecto y ampliar el conocimiento eliminando cualquier criterio que incida directamente en la negativa a realizarse el Papanicolaou e incentivar la consulta.

-Capacitar en forma constante a todo el personal de salud sobre la técnica de la toma de la citología y que debe realizarse lo menos dolorosa posible.

-Brindar a los usuarios un servicio de salud integral, incluyendo la consejería durante la consulta.

### **Al Ministerio de Educación.**

-Incluir en el temario escolar un apartado sobre las enfermedades más comunes formas de transmisión, detección, prevención y salud sexual reproductiva coordinando con las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

-Realizar charlas educativas de promoción sobre la prueba de Papanicolaou coordinando con personal de salud de las unidades de salud locales.

-Crear comités de salud con madres de familia que incentiven a otras mujeres a realizarse la prueba y proporcionarles material educativo para enriquecer conocimientos sobre la prueba de Papanicolaou.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización mundial de la salud visitado 26/05/2019 disponible en [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es) ops
2. Ministerio de salud /Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cervicouterino y de mama/ diseñarte/2015.
3. Fabián Coelho Significados. revisado 26/05/2019 disponible en <https://www.significados.com/mito/>
4. Significado, revisado 26/05/2019 disponible en <https://definicion.de/creencia/>
5. SOCIEDAD PERUANA DE CITOLOGIA "Reseña histórica de la citología" [en línea] visitado 26/05/2019 disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol\\_47N2/resena\\_histo.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_47N2/resena_histo.htm)
6. María Teresa Urrutia. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cervicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Departamento Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Año 2012.
7. Alexandra López, Jenny Sánchez. mitos y creencias relacionados al procedimiento del papanicolaou en mujeres que iniciaron su vida sexual y acuden al centro de salud "el valle", febrero – julio 2016. universidad de cuenca, facultad de ciencias médicas. Año 2016.
8. José Sagarduy, Blanca Salinas. Daniela Romero. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. México. año 2012.
9. Lora Hedrick Ellenson/Aparato genital femenino/patología estructural de Robbins / 8 edición/ Elsevier/2010/ pag.1005-pag 1063.
10. Silvana Varela Martínez/ Citología Cervical/Rev Med Hondur/ 2005/
11. Cáncer cervicouterino/ Williams Ginecología/2 edición/McGRAW-HILL INTERAMERICANA/2012/pag.769-pag 789.
12. DICCIONARIO DEL CANCER, visitado 18/05/19, disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/prueba-de-papanicolaou>
13. Ana González, Ariel Genes, José Mendoza, Rossy Mera, Nany Gaitán, Zuly Salazar. determinantes culturales de la salud. Junio 28 de 2017.
14. Manuela Henríquez A. Mercedes Iglesias M. Andrea Lazcano P. Carmen Merkle M. Mitos y Creencias que influyen en la no realización del Papanicolau y Mamografía, en las funcionarias Académicas y Administrativas de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, de la Universidad de Magallanes. Chile. Año 2006.
15. Mariela Gutiérrez. Creencias sobre el Papanicolaou en las pacientes del puesto de salud San Francisco de Asís de Sunicancha-Huaro chirí, 2017. Universidad Cesar Vallejo. Perú. año 2017

16. BioBioChile. comunicado de prensa Visitado 12/08/2019, disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2014/10/15/6-mitos-sobre-el-temido-examen-de-papanicolaou.shtml>
17. La prensa vivir. revista en línea. Visitada 13/08/19 disponible en: [https://impresa.prensa.com/vivir/mitos-examen-Papanicolaou\\_0\\_3438406258.html](https://impresa.prensa.com/vivir/mitos-examen-Papanicolaou_0_3438406258.html)
18. Universidad de Michigan blog. Visitada 13/08/19 disponible en : <https://espanol.umich.edu/noticias/2007/01/10/15-mitos-comunes-sobre-el-cncer-de-cuello-uterino/>
19. Maria Buchelli, Paula Gordillo, Elsi Huertas, Carmenza Narvaez. Creencias que influyen en la renuencia a la toma de la citología vaginal en mujeres de 15 a 40 años residentes en el corregimiento de Obonuco. Escuela de enfermería. Bogotá. Año 2010.
20. Ministerio de salud pública y asistencia social de El Salvador / Guía técnica de prevención y control del cáncer de cérvix/ 2007.

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido elegida para participar en la investigación llamada: MITOS Y CREENCIAS RELACIONADAS CON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA JOCORO; ESPECIALIZADA CIUDAD MUJER MORAZÁN Y BÁSICA SAN MATÍAS CIUDAD BARRIOS, SAN MIGUEL, AÑO 2019

Los médicos en servicio social realizarán una serie de entrevista en mujeres de 20-59. El presente instrumento nos permitirá recolectar información que será utilizada en el análisis de nuestra investigación.

Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas brindadas por la investigadora. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

Firme o ponga su huella al final de este documento, por su colaboración gracias.

Nombre del participante:

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del encuestador:

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO: 2 INSTRUMENTO



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
UCSF ESPECIALIZADA CIUDAD MUJER  
UCSF INTERMEDIA JOCORO, MORAZAN  
UCSF BASICA SAN MATIAS, CIUDAD BARRIOS  
FORMATO DE ENTREVISTA SOBRE PAPANICOLAOU**

Se realiza en mujeres de las diferentes Unidades de Salud Comunitaria en estudio en un rango de edad de 20 a 59 años, estos datos de recopilaran de manera confidencial posterior a la autorización de consentimiento informado.

**Objetivo:** Determinar cuáles son los mitos y creencias relacionados con la prueba de Papanicolaou en las usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar intermedia Jocoro; especializada Ciudad Mujer Morazán y básica San Matías Ciudad Barrios, San Miguel, año 2019.

---

---

FECHA: \_\_\_\_\_ UCSF: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

### PARTE I Sociodemográfico

1- ¿Lugar de procedencia?

2- Urbana  Rural

3- ¿Edad \_\_\_\_\_

4- ¿Estado civil?

Soltera  Acompañada  Casada

4- ¿Ocupación?

Ama de casa  Empleada  Estudiante

5- ¿Número de hijos?

Ninguno  Uno  Dos  Tres  Cuatro o más

6- ¿Grado de escolaridad?

Ninguno  Básica  Educación media  Estudios superiores

7- ¿Religión que pertenece?

Ninguna  católica  Evangélica  Otra



PARTE II: Conocimientos y Prácticas

8-¿Sabe para qué sirve la prueba de Papanicolaou

Sí  No

9- ¿Se ha tomado la prueba de Papanicolaou?

Si  No  En caso de NO, ¿Por qué?

10-¿Hace cuánto fue su última prueba de Papanicolaou?

Nunca  No recuerdo  Hace 1 año  Hace 3 o más  Hace 2 años

11-¿Tiene familiares con cáncer de cérvix o que hayan padecido?

Si  No  No se

PARTE III: Mitos relacionados con la prueba de Papanicolaou.

| MITOS   | VERDADERO | FALSO |
|---|-----------|-------|
| 12.Si le hacen la prueba cuando está embarazada se produce un aborto y es mejor no realizarla.                              |           |       |
| 13.Solo tengo una pareja no tengo riesgo de cáncer de cérvix.   |           |       |
| 14.Si el resultado me sale bien significa que no tendré cáncer nunca, por lo que no necesito realizarme el PAP a cada rato. |           |       |
| 15.Cuando le hacen la prueba le quitan un pedacito.   |           |       |
| 16.El Cáncer Uterino no puede ser prevenido.  |           |       |
| 17.Soy demasiado joven o mayor para preocuparme sobre hacerme el Papanicolaou.  |           |       |
| 18.El examen Papanicolaou es muy molesto y doloroso y presento sangrado.  |           |       |
| 19.Me puedo hacer un examen de Papanicolaou en cualquier momento.   |           |       |
| 20.No es bueno hacérselo con personal hombre por que pueden ser morbosos y me da pena.                                      |           |       |
| 21.Es mejor que me realice la prueba el médico y no la enfermera porque no tiene mucha experiencia.                         |           |       |
| 22.Si no tengo síntomas o molestias, no necesito tomarme el PAP   |           |       |
| 23.Al hacerse la prueba de Papanicolaou da cáncer.  |           |       |

PARTE IV: Creencias relacionadas con la prueba de Papanicolaou.

| CREENCIAS  | VERDADERO | FALSO |
|--|-----------|-------|
| 24.Me tomo el PAP porque un promotor, enfermera y doctor me lo indica.   |           |       |
| 25.Me tomo el PAP porque miembros de mi familia, amigos y vecinos me dijeron que me lo tomara.                       |           |       |
| 26.Una razón para tomarme el PAP es cuidar de mi salud porque puede salvar mi vida.                                  |           |       |
| 27.Aunque tenga relaciones sexuales, pero si no tengo hijos no debo hacerme la prueba                                |           |       |
| 28.Si no estoy teniendo relaciones sexuales, no necesito tomarme el PAP.   |           |       |
| 29.No me tomo el PAP porque cuando voy necesito esperar largo tiempo para ser atendida.                              |           |       |
| 30.No me tomo el PAP porque en la unidad de salud atiende en horarios en los que no puedo ir porque no tengo tiempo. |           |       |
| 31.No me tomo el PAP porque me da miedo saber que tengo cáncer.  |           |       |
| 32.No me tomo el PAP porque me da vergüenza que me examinen porque solo mi pareja puede ver mis genitales.           |           |       |
| 33.El especulo está contaminado por otras mujeres  |           |       |
| 34.No me tomo el PAP porque en el consultorio me tratan mal.   |           |       |
| 35.El resultado tarda demasiado y se me olvida volver por él.  |           |       |

Encuestador: \_\_\_\_\_

### **ANEXO 3: GLOSARIO**

**BIOPSIA:** toda extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos. (2)

**CARCINOMA IN SITU (CIS) EN CÉRVIX:** son los cambios celulares en el epitelio escamoso estratificado asociado con el cáncer, sin haberse extendido a estructuras adyacentes. (2)

**CONOCIMIENTO:** es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

**CONSEJERÍA:** proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y usuarias, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso. (2)

**CONSEJERÍA:** proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y usuarias, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso. (2)

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud, individual, familiar y colectiva. (2)

**FACTORES DE RIESGO:** conjunto de características, hechos o circunstancias que determinan la probabilidad de que ocurra un daño. (2)

**MORBILIDAD:** enfermedad o daño que ocurre sobre una población específica en un lugar y tiempo determinado. (2)

**MORTALIDAD:** defunciones que ocurren en una población en un lugar específico y tiempo determinado. (2)

**NEOPLASIA:** formación de tejido nuevo de carácter tumoral. (2)

**PAPANICOLAU:** Procedimiento para el que se usa un cepillo pequeño o una espátula a fin de extraer con suavidad células del cuello uterino para que se examinen al microscopio y se determine si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer. Una prueba de Papanicolaou también sirve para encontrar otras afecciones como infecciones

o inflamaciones. A veces, se realiza al mismo tiempo que un examen pélvico o una prueba para detectar ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH). También se llama frotis de PAP y prueba de PAP. (13)

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** proceso que permite fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud. (2)

**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. (2)

**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. (2)

#### **ANEXO 4: SIGLAS Y ABREVIATURAS**

LEI Lesión Escamosa Intraepitelial.

LEI AG Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado.

LEI BG Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.

MINSAL Ministerio de Salud.

NIC Neoplasia intraepitelial cervical.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ONG Organización no gubernamental.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

PAP Prueba de Papanicolaou o citología del cérvix.

RIISS Redes Integradas e Integrales de los Servicios de Salud.

SIMMOW Sistema de información de morbilidad en línea.

TNM Sistema que evalúa, tumor, afectación de los ganglios regionales, diseminación del cáncer a otros órganos.

UCSF Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

UEC Unión escamosa-columnar.

VPH Virus del Papiloma Humano.

ACO Anticonceptivos Orales.

AIS Adenocarcinoma in situ.

ASC-H Células escamosas atípicas, que no puede excluirse una lesión intraepitelial de alto grado.

ASC-US Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

FIGO Federación Internacional de Ginecología. y Obstetricia.

GLOBOCAN Global Cancer Center.

IVAA Inspección visual con solución de ácido acético.

## ANEXO 5: PRESUPUESTO

| Nº                                    | RUBROS                              | CANTIDAD | PRECIO POR UNIDAD \$ | TOTAL          |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------|----------------------|----------------|
| Vehículo                              |                                     |          |                      |                |
| 1                                     | Transporte/ combustible             | 1        | \$60.00              | \$60.00        |
| 2                                     | Estacionamiento                     | 20       | \$2.00               | \$40.00        |
| Materiales de suministro de oficina   |                                     |          |                      |                |
| 3                                     | Bolígrafo                           | 6        | \$0.15               | \$0.90         |
| 4                                     | Carpetas                            | 2        | \$3.55               | \$7.10         |
| 5                                     | Cuaderno libreta                    | 2        | \$2.75               | \$2.75         |
| 6                                     | Fólderes                            | 10       | \$0.15               | \$1.50         |
| 7                                     | Bolsa De Manila                     | 8        | \$0.55               | \$4.40         |
| 8                                     | Copias blanco y negro               | 764      | \$0.05               | \$38.20        |
| 9                                     | Engrapadora                         | 1        | \$5.50               | \$5.50         |
| 10                                    | Papel Bond resma tamaño carta.      | 2        | \$4.75               | \$9,50         |
| 11                                    | Anillado                            | 6        | \$3.00               | \$18.00        |
| 12                                    | Empastado                           | 3        | \$20.00              | \$60.00        |
| 13                                    | Caja de fastenes                    | 1        | \$1.20               | \$1.20         |
| 14                                    | Caja de Clip                        | 1        | \$0.35               | \$0.35         |
| Materiales y suministros informáticos |                                     |          |                      |                |
| 15                                    | Impresiones blanco y negro          | 700      | \$0.10               | \$70.00        |
| 16                                    | Impresiones a color                 | 80       | \$0.25               | \$20.00        |
| 17                                    | Internet/hora                       | 40       | \$0.75               | \$30.00        |
| 18                                    | Memoria USB                         | 3        | \$6.00               | \$18.00        |
| 19                                    | Comunicación Telefónica/<br>minutos | 300      | \$0.10               | \$30.00        |
| 6                                     | Comida                              | 10       | \$4.00               | \$40.00        |
| <b>TOTAL</b>                          |                                     |          |                      | <b>\$457.4</b> |

## ANEXO 6: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GRADUACION 2019

Carrera de Doctorado en Medicina

| Meses  | FEB/2019 |   |   |   | MARZ/2019 |   |   |   | ABRIL/2019 |   |   |   | MAY/2019 |   |   |   | JUN/2019 |   |   |   | JUL2019 |   |   |   | AGOST/2019 |   |   |   | SEPT/2019 |   |   |   | OCT/2019 |   |   |   | NOV/2019 |   |   |   | DIC/2019 |  |  |  |
|--|----------|---|---|---|-----------|---|---|---|------------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|------------|---|---|---|-----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|--|--|--|
|  | 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 |          |  |  |  |
| <b>Actividades</b>   |          |   |   |   |           |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |            |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   |   |          |  |  |  |
| 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        |          |   |   |   |           |   |   |   |            |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   |   |         |   |   |   |            |   |   |   |           |   |   |   |          |   |   |   |          |   |   |   |          |  |  |  |

