

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
CENTRO INUS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
FRENTE A LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN LA
POBLACIÓN DE MUJERES TRABAJADORAS DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA**

Tesis para obtener el título de
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

Tesista
EDIZABETT RAMÍREZ RODRÍGUEZ

**DIRECTOR
DR. GUSTAVO MARIN**

La Plata, Argentina
2014

AUTORES

EDIZABETH RAMIREZ RODRIGUEZ, Licenciada en Enfermería especialista en Epidemiología, con experiencia en el área clínica, promoción y prevención, en salud pública y en vigilancia en Salud Pública desde el 2002 en la ciudad de Bogotá - Colombia. Dirección electrónica edizabthr@yahoo.com. Investigador.

DIRECTOR

GUSTAVO H. MARIN, Médico sanitarista, Doctor en Medicina, Magister en salud Pública, Magister en Economía de la Salud, Especialista en Gestión Pública Director de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Bs. As.- Argentina. Dirección electrónica gustavo.marin@cic.gba.gob.ar

ENTIDADES PARTICIPANTES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
CENTRO INUS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Médicas y al centro INUS por su interés en transmitir conocimientos y experiencias profesionales y por la oportunidad de formar tanto a los nacionales como extranjeros.

Así mismo, a los funcionarios del área de personal de la facultad de Ciencias Médicas y a las diferentes cátedras que me brindaron su apoyo para la realización de éste trabajo de grado.

Y gracias a mi familia, novio y amigos, ya que sin su colaboración, apoyo incondicional y estímulo no habría sido posible culminar éste proyecto, en un país lejano pero que desde el principio me recibió con los brazos abiertos.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	5
LISTA DE TABLAS.....	8
LISTADO DE SIGLAS	9
GLOSARIO.....	10
1. RESÚMEN	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	15
4. MARCO TEÓRICO.....	16
4.1. Generalidades del Cáncer de Cuello Uterino.....	16
4.2. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino	19
<i>4.2.1, América Latina y El Caribe</i>	<i>19</i>
<i>4.2.2. Argentina</i>	<i>24</i>
4.3. Generalidades sobre la Prueba de Papanicolaou	27
4.4. Estudios de Base CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)	29
4.4.1. Conocimientos	30
4.4.2. Actitudes	30
4.4.3. Prácticas.....	30
4.5. Inclusión del Cáncer Cérvico Uterino en las Políticas Públicas.....	31
4.5.1. Políticas Sociales	31
4.5.2. Situación de la Salud en la Mujer.....	32
4.5.3. Relevancia Internacional de la inclusión del cáncer cérvico uterino en las políticas públicas (37).....	33
4.5.4. Políticas Públicas en Argentina frente a Cáncer Cérvico Uterino (34).....	35
4.6. Programa de detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina	38
4.6.1. <i>Antecedentes</i>	<i>38</i>
4.6.2. <i>Necesidades de un Programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello uterino.....</i>	<i>39</i>
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
5.1. Objetivo General	43
5.2. Objetivos Específicos	43
5.3. Hipótesis.....	43

6. METODOLOGÍA.....	45
6.1. Tipo de Estudio.....	45
6.2. Tipo de Abordaje.....	45
6.3. Universo	45
6.3.1. Criterios de Inclusión.....	45
6.3.2. Criterios de Exclusión	45
6.4. Muestra	46
6.4.1. Tamaño Muestral Subunidad Docentes y Administrativas	46
6.5. Definición Operacional de las Variables.....	47
6.6. Dinámica del Trabajo de Campo.....	52
6.6.1. Preparación Previa a las Salidas de Campo.....	52
6.6.2. Operatoria de Campo.....	52
6.6.3. Trabajo Post - Salida de Campo	52
6.7. Técnicas de Recolección de Datos	53
6.7.1. Instrumentos para la Recolección de Datos.....	53
6.8. Elaboración de la Base de Datos.....	53
6.9. Consideraciones Éticas.....	53
6.10. Plan de Análisis.....	54
6.11. Cronograma de Actividades Realizadas.....	55
6.12. Financiación e Infraestructura	56
7. RESULTADOS	57
7.1. Análisis Descriptivo	57
7.1.1. Análisis Descriptivo Información Socio Demográfica.....	57
7.1.2. Análisis Descriptivo Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.....	58
7.1.3. Análisis Descriptivo Bloque Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou.....	61
7.1.5. Análisis Analítico	64
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	70
8.1. Conclusiones Y Recomendaciones Surgidas Del Estudio	72
9. LIMITANTES DEL ESTUDIO.....	74
10. BIBLIOGRAFÍA.....	75
11. ANEXOS.....	81
11.1. Instrumento Aplicado	81

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Neoplasia maligna del Cuello Uterino: Tasas de Incidencia y Mortalidad Estandarizadas por Edades por Cada 100.000 Habitantes, Año 2000.....	20
Tabla 2. Muertes por Cáncer Cervicouterino como Proporción de todas las Defunciones por Neoplasias malignas en Mujeres por País Estimados para el Año 2000.....	21
Tabla 3. Tasa estimada de Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, estandarizada por edad. Países de la Región de las Américas. Año 2008.....	22
Tabla 4. Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema de Bethesda.....	27
Tabla 5. Definición Operacional de las Variables del Estudio	47
Tabla 6. Cronograma de Actividades Realizadas.....	55
Tabla 7. Frecuencias Relativas y Absolutas. Información Socio demográfica.	57
Tabla 8. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.....	58
Tabla 9. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.....	59
Tabla 10. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.....	60
Tabla 11. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.....	61
Tabla 12. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou.....	62
Tabla 13. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Prácticas sobre la Toma de Papanicolaou.	63
Tabla 14. Prueba Chi Cuadrado para Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.	64
Tabla 15. Prueba Chi Cuadrado para Bloque Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou.....	66
Tabla 16. Prueba Chi Cuadrado para Bloque Prácticas sobre la Toma de Papanicolaou.....	68

LISTADO DE SIGLAS

- ✚ CaCu: Cáncer de Cuello Uterino.
- ✚ Pap: Papanicolaou.
- ✚ UNLP: Universidad Nacional de La Plata.

GLOSARIO

- Actitudes:** Son la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de las personas acerca de cualquier asunto específico (1).
- Cáncer de Cuello Uterino:** Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común. La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH) (2).
- Conocimientos:** Hace referencia al cúmulo de información, ideas y conocimientos previamente adquiridos por los individuos y almacenados en forma de representaciones mentales que permiten clasificar los estímulos provenientes del exterior (1). Conjunto de informaciones y saberes ligados a un contexto particular, compartidos por los miembros de una comunidad y necesarios para la realización de una actividad determinada (3).
- Detección Temprana o Precoz:** En medicina un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de Salud Pública, de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada (4).
- Papanicolaou:** Es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero, consiste en extraer una muestra de células tomadas del cuello del útero que se fija en un vidrio que es transportado a un laboratorio, donde es evaluado bajo el microscopio (5).
- Prácticas:** Son la objetivación de las actitudes y el conocimiento que se manifiesta mediante la acción de una persona sobre su objeto actitudinal (1).
- Tamizaje para Cáncer de Cuello Uterino:** Es un método de Detección temprana que consiste en detectar dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas que si no se tratan pueden transformarse en cáncer (5).

1. RESÚMEN

El Cáncer de Cuello Uterino es la segunda neoplasia de mayor frecuencia para el sexo femenino en el mundo, y es la segunda causa de muerte en dicha población en Argentina. El Papanicolaou es un test que ha demostrado detectar precozmente el cáncer de cuello uterino pudiendo entonces tratarlo oportunamente evitando decesos por esta causa. Sin embargo, solo una pequeña parte de la comunidad se somete rutinariamente a este estudio.

El objetivo de este estudio es describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la toma de muestra de Papanicolaou en las mujeres trabajadoras del área docente y administrativa de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, con el fin de optimizar el cumplimiento regular de este procedimiento en dicha población. Es un estudio de corte transversal que permitirá identificar los conocimientos que tienen las mujeres sobre el Papanicolaou en el ámbito laboral que se relaciona con el área de la salud, y cuáles son las actitudes que le permiten tomar la decisión de acceder a la toma del examen como práctica de autocuidado. En este estudio se analizaron las respuestas de doscientas mujeres encuestadas, de las cuales ciento cuarenta y cuatro eran docentes y cincuenta y seis no docentes. Se construyó una base de datos en Excel y se analizó con el programa SPSS Versión 19.

Con el análisis efectuado se concluyó que a pesar de contar con conocimientos sobre la toma de Papanicolaou existen algunas diferencias en las actitudes, la decisión de la toma de la prueba y la ejecución efectiva del test por parte de las mujeres dependiendo si estas son del grupo de docentes o de no docentes.

Del mismo modo puede decirse que las mujeres en su ámbito laboral, podrían convertirse en población cautiva que favorezca el fortalecimiento del Programa Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino de la provincia de Buenos Aires, incluyendo el proceso adecuado de toma, entrega de resultados y campañas de educación para el afianzamiento de los conocimientos sobre el tema.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un análisis de la problemática del Cáncer de Cuello Uterino en América Latina y el Caribe realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, explica que este tipo de cáncer sigue siendo desde hace 40 años una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aun siendo la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. La enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento apropiado. De la misma forma se resalta que no se evidencian cambios en la situación, ya que, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito (6).

Es así como en el año 2008 se desarrolló en México, el encuentro: "*Hacia la prevención y el control integrados del cáncer cervico-uterino*", donde los asistentes de 21 países de Latino América, incluido Argentina formularon algunos aspectos a tener en cuenta al respecto del Cáncer de Cuello Uterino, dentro de las que se encuentran, la necesidad reconocer que el cáncer cervical es una de las principales causas de mortalidad en la mujer en Latinoamérica y el Caribe, estimando que, de continuar la tendencia actual, el número de muertes por cáncer cervicouterino se podría duplicar para el año 2030, teniendo como resultado una gran influencia en las tasas de mortalidad y un fuerte impacto económico para esta región (7).

Finalmente en esta reunión, se llega a la conclusión que es necesario fortalecer el programa de prevención y control del cáncer cervico uterino, 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 (7). Estableciendo que dichas intervenciones harán que se disminuyan las muertes de manera rápida y costo efectiva en los países en vía de desarrollo (6).

Del mismo modo han sido descritas por la Organización Mundial de la Salud las razones por las que los programas de tamizaje han venido fracasando en los

países en vía de desarrollo, dentro de estas se encuentran, las Barreras políticas evidenciadas por la ausencia de prioridad de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la carencia de directrices apropiadas y políticas nacionales de control; las Barreras en la comunidad y el individuo que se relacionan con la falta de apropiación del cáncer cervico uterino como un verdadero problema de salud y con el imaginario de creencias falsas que impiden hablar abiertamente sobre el aparato genital y sus enfermedades; las Barreras económicas que tienen que ver directamente con la falta de recursos en la población y las Barreras técnicas y de organización, las cuales se relacionan con una infraestructura sanitaria deficiente y mal organizado (8).

Diversos estudios relacionados con la identificación de barreras de acceso a los servicios de tamizaje de cáncer de cuello uterino, resaltan como la población de mujeres con bajo nivel económico y bajo nivel educativo es la más expuesta a inequidades en este tipo de problemas de salud, ya que aparte de tener mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como el cáncer de cuello uterino, tiene menores posibilidades de ingreso a los programas preventivos (9). También es evidente que para estas mujeres es muy importante la calidad de los servicios de salud como factor de motivación para la realización de la toma del Papanicolaou (10), y que dentro de los factores individuales que limitan el acceso se encuentran la falta de conocimiento y el miedo (11).

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 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 (8).

A pesar de ser evidente la necesidad de realizar fomento de la salud en todos los ámbitos de la vida cotidiana de las mujeres, y teniendo en cuenta las dificultades de acceso al examen relacionadas con los horarios y días disponibles para la toma en los servicios de salud (9), difícilmente se evidencia la oferta de estos servicios en el área laboral. La Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP es un lugar en el cual las mujeres trabajadoras pertenecen a un nivel educativo y socio económico medio/alto, y que tiene la particularidad de tener un acceso preferencial a los servicios de salud. Resulta interesante pues, analizar cuál es el cumplimiento de una toma regular de papanicolau en esta población.

Es así como podría llegarse a pensar que un espacio laboral en el que se forman profesionales de la salud y en el que trabajan diversos agentes sanitarios, los conocimientos sobre el tema son mucho mayores en el grupo de mujeres en general, y existe prioridad por la implementación de programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino que también involucren a la población de mujeres trabajadoras, tanto docentes, como administrativas y del área de mantenimiento.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en las mujeres trabajadoras de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, que influyen en la toma o no toma de la prueba de Papanicolaou?

3. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

La detección temprana del cáncer de cuello uterino, y con esta a su vez la disminución en las muertes de mujeres por esta causa a través de pruebas de tamizaje, ha sido plenamente identificada como efectiva para el mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres en relación con dicha patología, ya que permite realizar una captación oportuna de la mayoría de los casos positivos en las mujeres que acceden al servicio.

Estudios sobre la salud de las mujeres y los relacionados con temas de salud sexual y reproductiva indican que, pese a conocer los costos beneficios de los programas de tamizaje, países en vía de desarrollo y subdesarrollados no invierten en estos o no los tienen adecuadamente formulados, generando limitaciones para el acceso y uso de los mismos en la población más vulnerable. En efecto, el cáncer de cuello uterino y la mortalidad por esta causa en mujeres son problemas de salud pública ante los cuales se deben plantear soluciones integrales, para lo que se requiere del análisis de la información en un contexto que trascienda lo local. De esta forma debe procurarse por el fortalecimiento de sistemas de salud para que satisfagan las necesidades de salud de las mujeres en lo que se refiere a acceso, carácter integral y capacidad de reacción (12).

En diversos estudios se ha descrito cómo una alta cobertura de la prueba tamiz y del uso de los programas de detección de cáncer de cuello uterino, se encuentran relacionados con el acceso al servicio sin barreras y la necesidad de implementar estrategias que faciliten la asistencia y adherencia de dichos programas en las mujeres de niveles socio económicos más bajos, con un nivel educativo inferior, con altos niveles de instrucción pero con dificultades de horarios para el acceso a los mismos. De la misma forma se viene evidenciando la necesidad de generar campañas orientadas a romper barreras culturales que muchas veces se deben a la falta de información y a ciertas creencias que son comunes en muchos grupos de mujeres (9).

De la misma forma se ha podido establecer en otras investigaciones, que la desigualdad socioeconómica entre las mujeres con mayor nivel de instrucción se refleja en diferencias en el grado de conocimiento y en la práctica de la detección oportuna del cáncer de cuello uterino. Y estas diferencias se asocian, sobre todo, al grado de escolaridad (13).

Esta investigación pretende obtener información técnica en cuanto a las diferencias frente a los conocimientos, prácticas y actitudes que tienen las mujeres trabajadoras en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata, tanto del área docente como administrativa, frente a la toma del Papanicolaou como medio para incrementar el cumplimiento de la detección temprana del cáncer de cuello uterino en dicha población.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Generalidades del Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello uterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo, que se suceden generalmente en etapas. En grado variable evolucionan a cáncer in situ cuando compromete sólo a la superficie epitelial y luego a cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal (14).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2009, el cáncer de cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y de estos la mayoría de los casos están relacionados con la infección genital por papilomavirus humanos (PVH). Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos, donde prácticamente no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad (15).

De la misma forma, se sabe que el cambio de las displasias con el tiempo ha mostrado que las probabilidades de regresión a citología normal y de progresión a carcinoma in situ e invasivo son dependientes del grado de lesión obtenido en el examen de base (16), es por esto que la detección temprana se convierte en una alternativa que facilita el diagnóstico y tratamiento oportuno, teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad (Ver Ilustración 1).

La asociación observada entre VPH y cáncer de cuello uterino, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a un carcinoma de cuello uterino.

Los factores determinantes que se conocen para que esta progresión ocurra, son (17):

Factores dependientes del virus:

- + Tipo viral.
- + Persistencia de la infección en exámenes repetidos.
- + Carga viral por unidad celular (probable).

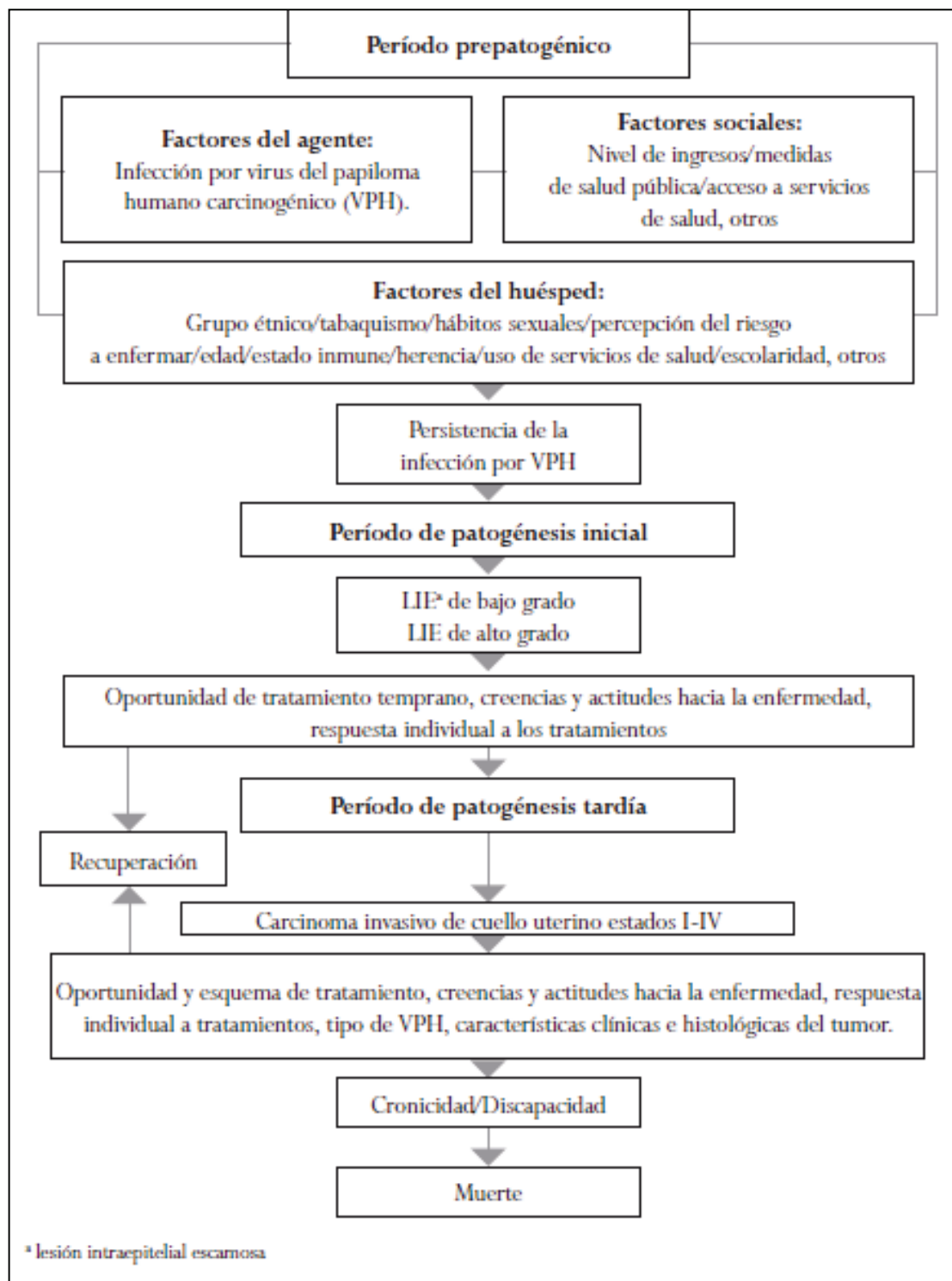
Factores ambientales:

- + Anticoncepción hormonal oral: Cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo.
- + Conducta sexual de la población: A mayor número de compañeros sexuales de la pareja, ya que, el hombre se comporta como transmisor de factores de riesgo de una mujer a otra y además puede ser portador en sí mismo de factores oncogénicos en el esmegma.
- + Estrato socioeconómico: Las condiciones sociales y económicas en la población de más bajo nivel denotan el bajo acceso a los planteles educativos, fuerza laboral informal, además, de casi siempre contar con precarias condiciones de vivienda y nutrición.
- + Estados de depresión y ansiedad: Producen una inmunodepresión que facilita el desarrollo de la patología.
- + El virus VPH: Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cuello uterino, la infección con los tipos de papilomavirus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva.

El cáncer cervicouterino afecta raramente a las mujeres menores de 30 años de edad; es más frecuente en las mujeres de más de 40 años y teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, el número más elevado de fallecimientos suele registrarse en las mujeres que atraviesan la década de los 50 y los 60 años (6). Sin embargo, el pronóstico de las mujeres con cáncer de cuello uterino varía según las características del tumor, del agente y de la paciente.

En la región de las Américas la OPS – OMS, ha venido desarrollando iniciativas a nivel regional y en cada uno de los países miembro, con el objeto de dar a conocer información relevante para el óptimo funcionamiento de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. Una de estas se relaciona con el conocimiento y las aptitudes que los dispensadores de atención sanitaria de los distintos niveles asistenciales necesitan para ofrecer servicios óptimos de prevención, detección, tratamiento y alivio del cáncer cervicouterino (8).

Ilustración 1. Historia Natural del Cáncer de Cuello Uterino



Fuente: Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino: Estado del Arte. 2006.

4.2. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino

4.2.1. América Latina y El Caribe

Actualmente el cáncer de cuello uterino sigue siendo una de las neoplasias más comunes en todo el mundo, la cual se considera con mayor potencial de curación en la etapa de prevención secundaria, siempre y cuando se tengan establecidos programas de tamizaje, tratamiento y seguimiento a las mujeres captadas oportunamente. También se ha podido establecer que dichas intervenciones harán que se disminuyan las muertes de manera rápida y costo efectiva en los países en vía de desarrollo (6).

La frecuencia y distribución de la enfermedad se encuentra relacionada con dos factores (16):

1. El grado de desarrollo: Se estima que más del 80% de los casos y muertes atribuibles al cáncer del cuello uterino ocurre en las regiones en desarrollo. Las tasas crudas de incidencia son de 16,6 casos nuevos por 100.000 mujeres-año en las regiones menos desarrolladas y de 13,6 por 100.000 en las más desarrolladas; mientras que las de mortalidad son de 9,5 y 6,4 muertes por 100.000, respectivamente.

2. según el país: Las tasas crudas de incidencia varían entre 1,4 (Siria) y 64,7 (Haití) casos nuevos por 100.000, mientras que las de mortalidad lo hacen entre 0,7 (Siria) y 37,6 (Lesotho) muertes por 100.000.

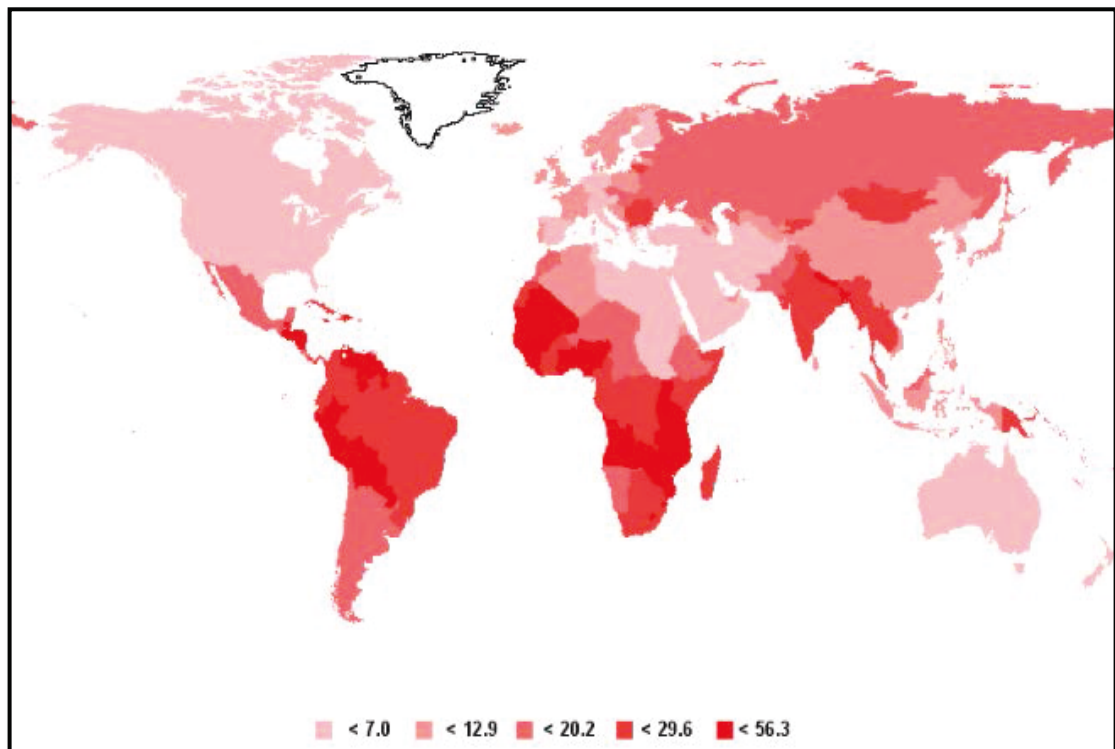
Es de notar que la región de las Américas (Tabla 1) tiene tasas de incidencia y de mortalidad casi tan altas como las zonas más pobres y con deficiencias en los servicios sanitarios como lo son África y Melanesia. Por otro lado se evidencian tasas muy bajas en América del Norte donde los programas de tamizaje, seguimiento y rehabilitación se han implementado exitosamente.

Tabla 1. Neoplasia maligna del Cuello Uterino: Tasas de Incidencia y Mortalidad Estandarizadas por Edades por Cada 100.000 Habitantes, Año 2000.

REGIÓN	TASA DE INCIDENCIA	TASA DE MORTALIDAD
África Oriental	44,32	24,24
Melanesia	43,81	23,78
Centro América	40,28	17,03
Caribe	35,78	16,84
América del Sur	30,92	11,97
América del Norte	7,88	3,23

Fuente: OPS. Análisis de la situación del cáncer cervico uterino en América Latina y el Caribe. Año 2004.

Mapa 1. Tasa de incidencia de Cáncer de Cuello Uterino estandarizadas por edades.



Fuente: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008. Available at: <http://globocan.iarc.fr>; 2013.

Según datos de la OPS, entre 1996 y 2001, 74.855 mujeres de 13 países latinoamericanos murieron de cáncer cervicouterino. De ellas, 50.032 tenían entre 25 y 64 años de edad, y su muerte prematura ocasionó más de 1,56 millones de años de vida potencial perdidos. Por otro lado se ha demostrado que las tasas de supervivencia son menores en los países en desarrollo, hecho que se debe frecuentemente a que los casos son captados en estadios avanzados de la enfermedad cuando las acciones terapéuticas llegan a ser casi inefectivas (6).

Tabla 2. Muertes por Cáncer Cervicouterino como Proporción de todas las Defunciones por Neoplasias malignas en Mujeres por País Estimados para el Año 2000

PAIS	DEFUNCIONES TOTALES POR NEOPLASIAS	MUERTES POR Ca CERVICOUTERINO	PORCENTAJE
Argentina	24,657	1,585	6,4
Barbados	201	27	13,4
Chile	72,833	8,815	12,1
Colombia	17,467	2,339	13,4
Costa Rica	1,593	197	12,3
Cuba	7,422	730	9,8
República Dominicana	2,428	495	20,4
El Salvador	2,556	387	15,1
Guyana	269	69	25,6
Haití	2,693	1,329	49,2
Jamaica	1,337	209	15,6
México	40,185	6,650	16,5
Panamá	1,056	158	15,0
Suriname	141	31	22,0
Trinidad y Tobago	656	97	14,8
Estados Unidos	268,965	6,417	2,4
Canadá	30,400	650	2,1

Fuente: OPS. Análisis de la situación del cáncer cervico uterino en América Latina y el Caribe. Año 2004.

La relación entre incidencia y mortalidad en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe conserva una relación de 2:3, existen países como Haití en los que esta relación puede verse afectada no solo por una alta supervivencia de las mujeres sino por dificultades en el registro de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y de las defunciones que suceden por esta causa (6).

Frente a este tema, algunos estudios afirman que los datos disponibles sobre tendencias de la incidencia muestran una reducción de casos en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Puerto Rico; sin embargo, no debe olvidarse que los registros poblacionales de la región, con excepción de los de Costa Rica y Puerto Rico, cubren áreas urbanas de algunas ciudades y por lo tanto pueden no reflejar la situación general de las áreas con menor acceso a los servicios de salud que posiblemente tengan una mayor carga de enfermedad, es por esto que se encuentran datos distintos cuando se evalúan tendencias en la mortalidad por cáncer de cuello uterino (18).

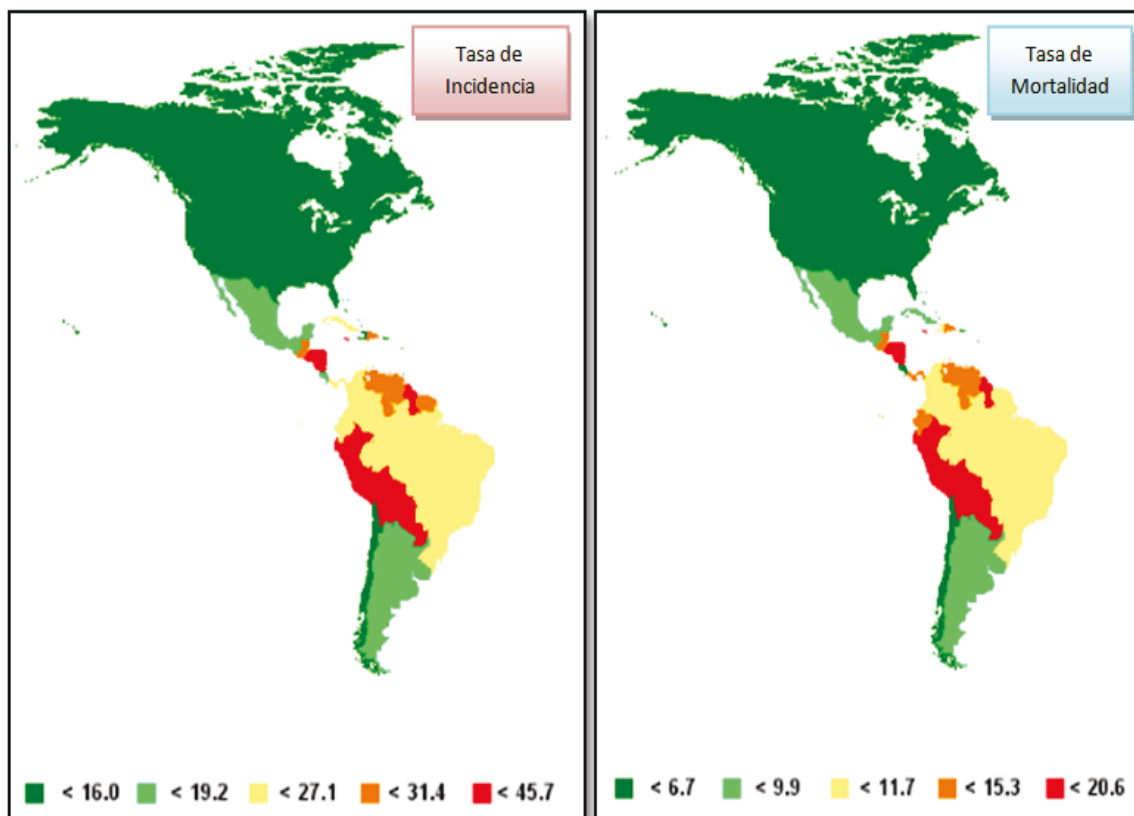
Tabla 3. Tasa estimada de Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, estandarizada por edad. Países de la Región de las Américas. Año 2008.

País	Incidencia Estandarizada x 100.000	Mortalidad Estandarizada x 100.000
Estados Unidos de América	5.65	1.71
Canadá	6.59	1.94
Puerto Rico	7.46	2.76
Chile	14.43	6.57
Haití	16.02	10.11
Uruguay	16.53	6.77
Costa Rica	17.49	6.74
Argentina	17.55	7.4
Bahamas	17.65	9.45
México	19.21	9.72
Colombia	21.5	10.02
Cuba	23.09	8.89
Brazil	24.52	10.88
Panamá	25.29	12.61
Ecuador	27.14	13.29
Republica Dominicana	29.73	13.73
Guatemala	30.48	15.24

País	Incidencia Estandarizada x 100.000	Mortalidad Estandarizada x 100.000
Venezuela	31.44	14.37
Perú	34.51	16.25
Paraguay	34.96	16.61
Bolivia	36.38	16.69
El Salvador	37.18	18.2
Honduras	37.81	19.69
Nicaragua	39.88	20.57
Jamaica	45.69	20.22

Fuente: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008. Available at: <http://globocan.iarc.fr>; 2013.

Mapa 2. Tasa estimada de Incidencia y Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino, estandarizada por edad. Países de la Región de las Américas. Año 2008.

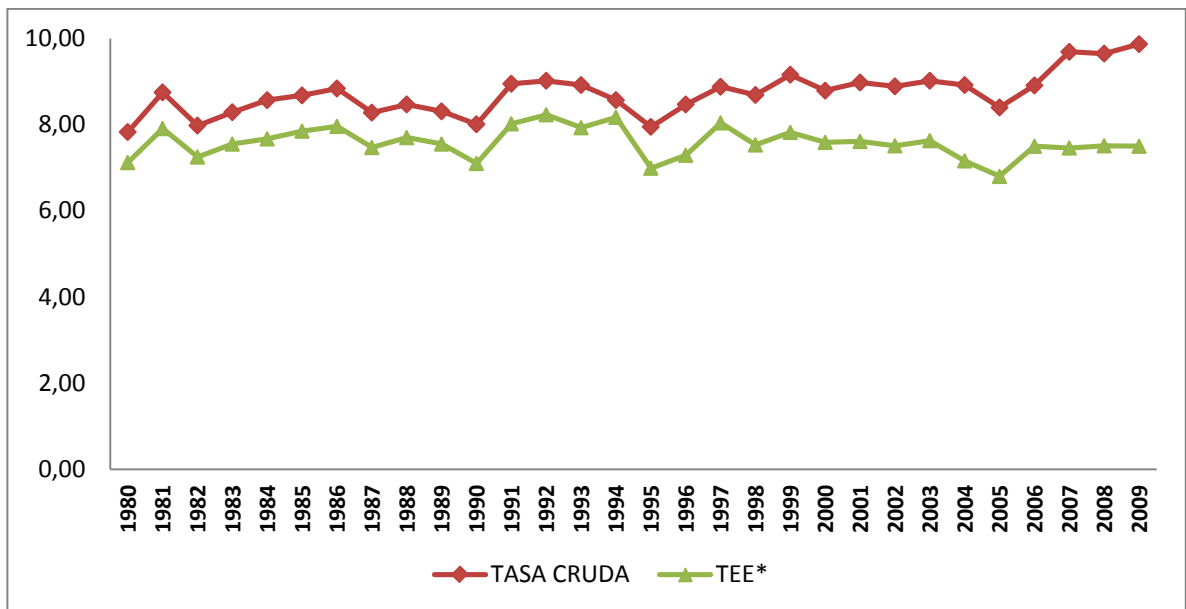


Fuente: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2008. Available at: <http://globocan.iarc.fr>; 2013.

4.2.2. Argentina

En la Argentina la mortalidad por cáncer de cuello de útero no ha tenido descensos significativos en los últimos cuarenta años (Ver Gráfica 1) y la distribución de la carga del cáncer de cuello de útero es extremadamente desigual: las tasas de mortalidad de las provincias de las regiones Noreste y Noroeste (alrededor de 15/100.000) son entre tres y cuatro veces más altas que la de la Ciudad de Buenos Aires (4/100.000). Lo que caracteriza a las regiones con las tasas más elevadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino, es la baja cobertura del tamizaje, ya que según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2009, en las regiones Noreste y Noroeste, sólo el 46% de las mujeres entre 35 y 64 años sin cobertura de salud se había realizado un PAP en los dos años anteriores a la encuesta, mientras que en las regiones Sur y Centro, esta misma cobertura supera el 60% (19).

Gráfica 1. .Tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero en Argentina. 1980-2009



* Tasa estandarizada por edad por 100.000 mujeres

Fuente: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en base a datos proporcionados por la DEIS. <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.html>.

La información de registros de tumores de base poblacional, es común en los países desarrollados, sin embargo, en los países en vía de desarrollo esta información es limitada a ciertas regiones o zonas, particularmente en Argentina dicha información proviene de los registros de Bahía Blanca, en la Provincia de

Buenos Aires, y el de Concordia, en la Provincia de Entre Ríos, de dichas fuentes ha sido calculada la incidencia para el país. Mientras que los datos de Mortalidad son calculados con los registros de estadísticas vitales, específicamente con las defunciones, sin embargo, estos registros cuentan con tres dificultades que pueden influenciar el análisis, estas son: a) el porcentaje de muertes por cáncer de útero sin especificar, b) el porcentaje de muertes mal definidas y c) el efecto de la sobrevida (19).

Según el Instituto Nacional del Cáncer (INC) de Argentina, el cáncer de cuello uterino es el segundo más diagnosticado en las mujeres argentinas, con una incidencia de 17 casos cada 100.000 mil mujeres y con una tasa de mortalidad de 7,1 cada 100.000 mujeres (20); sin embargo, el país presenta diferencias en las tasas de mortalidad en las diferentes provincias, para el trienio 2007 - 2009, se observa que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut y la Pampa las que tienen las tasa más bajas con un 3.9, 4.5 y 5 respectivamente, y por otro lado las que presentan las tasas más altas son Formosa con 18.9, Misiones con 16.5 y Salta con 15.6 muertes por 100.000 mujeres. (21). Gráfica 2.

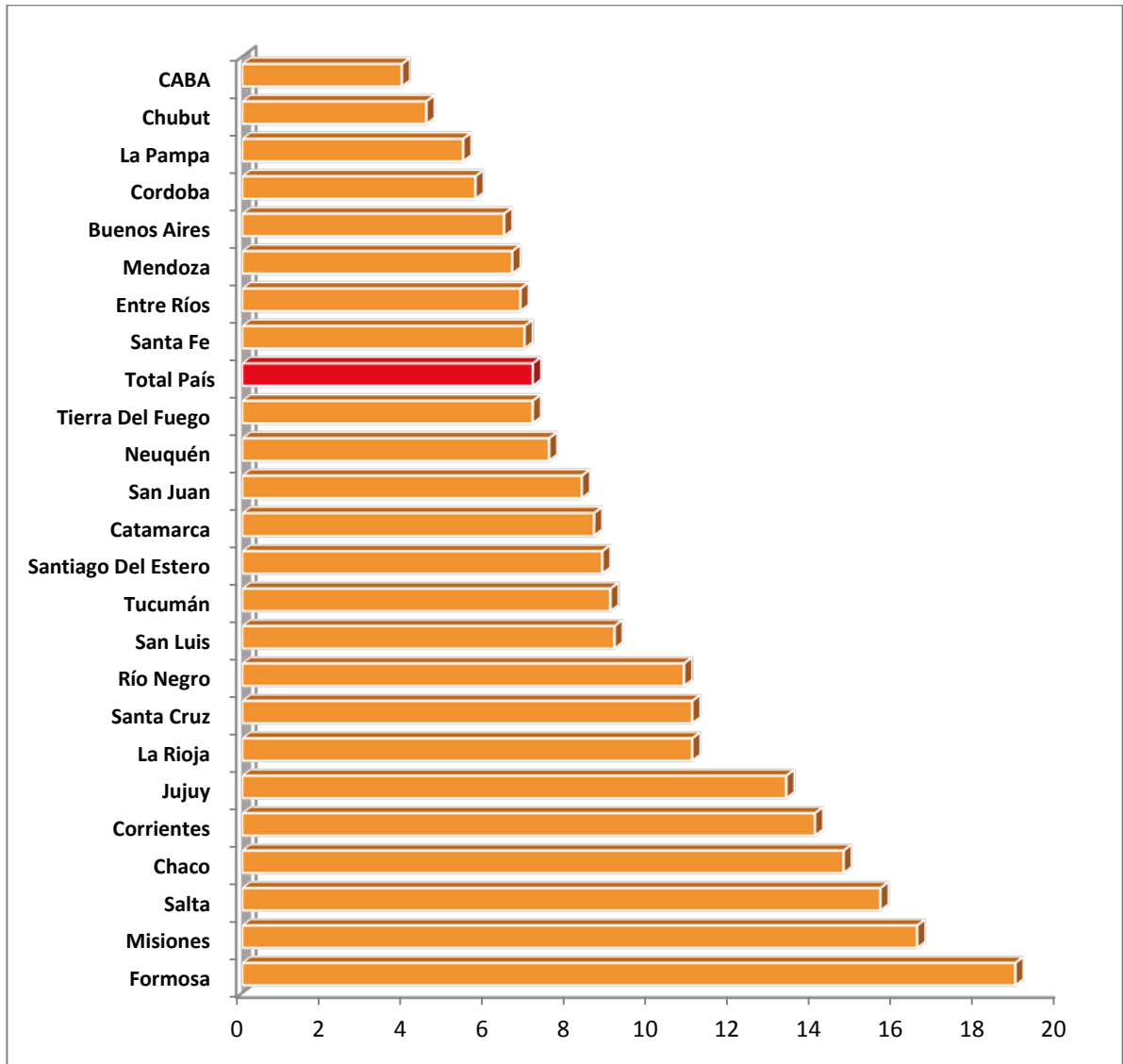
En la provincia de Buenos Aires, la tasa de mortalidad estandarizada por edad para el trienio 2007 – 2009 es de 6,4 y para el trienio 2008-2010, es de 6,3 por 100.000 mujeres (22). Para la ciudad de la Plata la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el trienio 2004 – 2006 era de 5,7 por 100.000 mujeres y esta misma para el trienio 2007 – 2009 era de 5,5 por 100.000 mil mujeres (21).

Frente al patrón de edad en la incidencia, el pico para el país se encuentra entre la quinta y sexta década, observándose un incremento más rápido a partir de los 25 años y un descenso a partir de la sexta década. Mientras que para la mortalidad por edad, la mayoría de los casos se concentran en el grupo entre 35 y 64 años con más del 50% de las defunciones por esta causa. Del mismo modo se ha evidenciado que la condición social y el nivel educativo de la mayoría de las mujeres que padecen la enfermedad es bajo, es decir mujeres vulnerables que luego de su diagnóstico se empobrecieron más pues por el tratamiento perdieron su empleo (19).

Estos datos indican la gran desigualdad que existe entre las provincias del país, en relación con la carga de la enfermedad, las tasas más altas corresponden a provincias con mayores dificultades socio económicas, dichas tasas pueden compararse con las de países como India y México (19). Dichas desigualdades dentro de los países, hacen que la salud de las niñas y las mujeres se ve influida de manera definitiva por factores sociales y económicos, como el acceso a la educación, el nivel de riqueza familiar y el lugar de residencia. En casi todos los países, las niñas y mujeres de las familias más pudientes presentan menor

mortalidad y usan más los servicios de asistencia sanitaria, en comparación con las que pertenecen a familias pobres (12).

Gráfica 2. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero estandarizada por edad, por jurisdicción (por 100.000 mujeres). Años 2007-2009



Fuente: elaboración Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino en base a datos proporcionados por la DEIS.

4.3. Generalidades sobre la Prueba de Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou hace parte de las pruebas de detección que se utilizan actualmente en los programas de cribado, el cual se considera como una intervención de salud pública que se efectúa en una población en riesgo o población destinataria, y cuya implementación se realiza por decisión de los representantes sanitarios de cada Nación (23).

En Argentina, todas las acciones encaminadas a la detección temprana del cáncer de cuello uterino, su diagnóstico y tratamiento, se han definido el programa Nacional de Prevención del Cáncer Cérvico – Uterino, el cual fue relanzado en el año 2008, y dentro del cual se ha definido que la prueba de tamizaje a utilizar en la población es el test de Papanicolaou, el cual permite detectar anomalías celulares en el cuello del útero, en una población sin síntomas, descubriendo lesiones precancerosas que si no se tratan pueden transformarse en cáncer (24).

En la prueba de Papanicolaou, se toma una muestra de células de la zona de transformación del cuello del útero por medio de un cepillo o de una espátula de madera de punta extendida; actualmente no se recomienda la utilización de un hisopo de algodón. Se deben tomar muestras de toda la zona de transformación, dado que allí es donde se desarrollan casi todas las lesiones de alto grado. La muestra se esparce sobre el portaobjetos y se fija inmediatamente con una solución para preservar las células. El portaobjetos se envía al laboratorio de citología donde se tiñe y examina al microscopio para determinar si las células son normales y clasificarlas apropiadamente, según la clasificación de Bethesda, la cual se maneja actualmente como parametrización internacional (23).

Tabla 4. Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema de Bethesda

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas de significado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre neoplásica
Lesión intra epitelial de bajo grado (LSIL)	Cambios koilocíticos Neoplasia intra-epitelial cervical/ (CIN 1): displasia leve
Lesión intra epitelial de alto grado (HSIL)	CIN 2: displasia moderada CIN 3: displasia grave CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

Fuente: Itziar Larizgoitia. Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías. Octubre de 2001.

El gran éxito de la citología en el tamizaje del cáncer de cuello uterino ha generado la expectativa de que éste es un test perfecto. Sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70 a 80%. Los factores que limitan la sensibilidad de esta prueba incluyen: tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de una pocas células anormales en la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo (25).

Desde los años 90, la utilización de la prueba de Papanicolaou para la detección temprana del cáncer cervicouterino ha mostrado un incremento entre las usuarias de los servicios de salud, pero aun así, la práctica de este examen no es la adecuada debido a diversos factores, como lo son el conocimiento de la prueba y sus beneficios, actitudes negativas hacia la realización, la satisfacción con los servicios de salud, el estado civil y la paridad de las mujeres (26). En los países de América Latina, los esfuerzos para aumentar la cobertura del programa de tamizaje han arrojado pocos resultados debido a barreras de acceso por cuestiones geográficas y situaciones de percepción cultural (27); de la misma forma estos programas en la Región de las Américas se han caracterizado por su deficiente implementación y falta de perseverancia en su ejecución (28).

Frente al análisis de costo efectividad en las alternativas para los programas de cáncer de cuello uterino, en muchos de los países se sigue evidenciando que la detección con Papapanicolaou tuvo la mejor relación costo-efectividad y el menor costo-efectividad incremental, es decir que esta prueba cuesta menos, detecta más carcinomas en fase preinvasiva y gana más años de vida que con pruebas de detección con Thin- prep o con detección oportunista. Por otro lado, estudios en países europeos, han mostrado que incrementar la tasa de participación gana años de vida adicionales sin incrementar el costo medio por año de vida ganado y consigue una mejor relación costo-efectividad que acortar el intervalo de detección o aumentar el segmento de edad de la población objetivo (29).

En la Argentina según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), el porcentaje de la población femenina que se realiza el test de Papanicolaou es del 51.2%% en el año 2005 (30).

Aun siendo gratuito de fácil acceso desde los Centros de Salud, este tipo de práctica no es utilizado por la mayoría de las mujeres Argentinas. Poco es sabido sobre los factores que condicionan la adhesión y realización periódica del test, razón por la cual se espera que este estudio realizado en el marco de la maestría pueda aportar nuevo conocimiento a la problemática.

4.4. Estudios de Base CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas)

Son estudios que brindan el marco general frente a conocimientos, actitudes y prácticas de una comunidad determinada frente a un tema social específico (salud, educación, participación ciudadana, entre otros) para la aplicación de un programa orientado a brindar orientación y mejorar la calidad de vida en relación a dichos aspectos. Las principales áreas temáticas que se pueden conocer por medio de estos estudios son (30):

- ✚ Identificación del grupo objetivo, sus necesidades, deseos, conocimientos, actitudes, comportamientos, costumbres, etc.
- ✚ Reconocimiento de la existencia de creencias o prácticas equivocadas con respecto a determinado tema.
- ✚ Determinación en términos de conocimientos actitudes y prácticas, situación actual (línea de base) para saber a dónde se debe llegar.
- ✚ Permite, mediante la información obtenida, estar alerta a la presentación de problemas que pudieran presentarse durante el desarrollo de la intervención.
- ✚ Se realizan cuando no se posee la información del grupo objetivo, o esta se encuentra dispersa o incompleta.

Los estudios tipo CAP se han usado en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios. Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a cambios en el comportamiento de la salud (31).

Las encuestas CAP investigan el proceso por medio del cual el conocimiento (C), actitudes (A) y prácticas (P) se transforman en comportamientos o estilos de vida en una población; y como esta misma tiene conductas individuales y colectivas en razón de prácticas de auto-cuidado y las que impiden a otras realizarlo. Se basa en un cuestionario de preguntas cerradas y/o abiertas, aplicado a una muestra representativa de la población estudiada (32).

4.4.1. Conocimientos

Se hace referencia a datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos (32), incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación (31).

4.4.2. Actitudes

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). La actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de “disposiciones a”. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación y permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra (32).

4.4.3. Prácticas

Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. Por lo tanto las prácticas se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (31).

Es por todo esto que los estudios CAP pueden evidenciar algunas perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres que pueden influir profundamente en la efectividad de los programas. Ya que se a encontrado que entre los obstáculos a la participación de las mujeres dentro de los programas de Detección de Cáncer de Cuello Uterino, destacan factores predisponentes tales como conciencia y conocimientos sobre problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales (6).

Del mismo modo algunos estudios han revelado que las mujeres mostraban cierta renuencia a someterse al tamizaje porque percibían al cáncer cervicouterino como un sinónimo de muerte. La falta de información sobre los posibles tratamientos generaba un temor aún mayor entre las mujeres, y esto se acentuaba todavía más por la forma impersonal en la cual los trabajadores de salud se comunicaban con las mujeres afectadas. Además, la presencia de hombres como prestadores de asistencia sanitaria se evidencia como un factor de disuasión para algunas mujeres (9).

En la Argentina el estudio de conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello uterino y realización del Pap, efectuado en el año 2011 con mujeres de 25 a 64 años pertenecientes a estratos sociales bajos provenientes de diferentes localidades urbanas y semi-rurales de Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y la Provincia de Buenos Aires, mostró como principales conclusiones: la necesidad de diseñar materiales de educación y comunicación adaptados a las características de la comunidad; el desarrollo de acciones de comunicación específicas de los equipos de salud y otras instituciones hacia las mujeres; la implementación de consejerías a lo largo de todo el proceso de tamizaje para revertir el temor de las mujeres a un resultado positivo del Pap; el desarrollo de estrategias para facilitar el acceso al Pap y al seguimiento y tratamiento, y finalmente se sugiere garantizar la privacidad, el buen trato y la posibilidad de que la mujer pueda ser examinada por una profesional mujer para contrarrestar el pudor y la vergüenza (33).

4.5. Inclusión del Cáncer Cérvico Uterino en las Políticas Públicas

Las políticas públicas de prevención del cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama refieren a un conjunto de derechos vinculados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, cuyo pleno ejercicio sólo es posible si se pueden ejercer todos los demás derechos civiles, sociales, políticos y económicos, y se garantiza el acceso a los medios que permitan su cumplimiento (34).

4.5.1. Políticas Sociales (34)

La política pública no deriva de una decisión estatal autónoma ni es expresión directa de las decisiones de sus funcionarios, sino que se construye como acción de múltiples actores, cuyas prácticas, en un momento histórico y en una sociedad determinada, pueden generar condiciones para una reorganización de las relaciones de poder.

Las políticas sociales pueden definirse como el modo en que una cuestión social se convierte en una cuestión de estado, aunque no deben ser pensadas como “meras respuestas a problemas predefinidos”, ni como “simples asuntos de gestión o gerencia estatal”. La política social expresa el perfil y las propiedades de un Estado en un contexto histórico determinado. En sentido estricto, corresponde referirse a la política social (en singular) como la forma política de la cuestión social, que se expresa y materializa en políticas sectoriales.

Desde el punto de vista del Estado como organizador del bienestar o de las condiciones de vida, las políticas sociales reflejan la medida en que una sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos sus miembros y de su capacidad de brindarles protección. Así, se señala que la política social es la forma concreta en que el papel custodial del Estado se despliega, es decir, el modo a través del cual el Estado protege, asiste y también controla a los sujetos sociales, garantizando su reproducción. Desde esta perspectiva, la política social construye patrones de reproducción (condiciones de vida) específicos y es expresión de aquellas cuestiones que un Estado y una sociedad en una determinada coyuntura histórico política consideran cruciales para la reproducción social. Sin embargo, cabe aclarar, que la política social no produce por sí misma cuestiones como “calidad de vida” o “seguridad social”, sino que en su función de “configurar la sociedad”, se limita a definir los temas, tiempos y métodos de los problemas sociales, estableciendo, así, el marco y no el resultado de procesos de política social.

4.5.2. Situación de la Salud en la Mujer (35), (36)

Aún cuando persisten graves carencias en el terreno de la salud reproductiva y sexual, la situación general de la salud de la mujer en la región en su conjunto ha tendido a mejorar. Los estudios sobre esperanza de vida muestran que los niveles de salud de la mujer en América Latina han mejorado progresivamente durante las últimas décadas. En la región en general, la expectativa de vida de la mujer era de 54 años en los 50, de 64 años en los 70 y de 71 años en la actualidad. Las cifras desagregadas por país oscilan entre un máximo de 71 años para Costa Rica hasta un mínimo de 61 años para Bolivia. Sin embargo, en algunos países se observa un aumento alarmante en la incidencia de cáncer de mama, cáncer cervical, cardiopatías y SIDA.

La falta de cobertura de los servicios de salud ha redundado en una mayor incidencia de cáncer cervical en la región. Si bien el cáncer cervical es prevenible por medio de la realización periódica del Papanicolau y de exámenes de

laboratorio, son pocas las mujeres que disponen de acceso a alternativas de detección y tratamiento. En la mayor parte de los países el cáncer cervical constituye la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres.

Los factores que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad son: el subdesarrollo, la pobreza, la deficiente educación y la carencia o dificultad en el acceso a los servicios de salud. La multiparidad también tiene una fuerte asociación con este tipo de cáncer, sobre todo en mujeres con más de tres hijos, de clase social media baja y deficiencias nutricionales, especialmente en folatos. En las últimas décadas, las infecciones de transmisión sexual han sido relacionadas con un aumento del riesgo de presentar la enfermedad.

El cáncer de cuello uterino por lo tanto, debe ser considerado dentro de las enfermedades de transmisión sexual, de la pobreza y de la nutrición deficiente en la mujer. Los Gobiernos, por acción u omisión son los responsables de la mayoría sino de todos los factores de riesgo que conducen a la muerte por cáncer invasor de cuello uterino. Está demostrado que la mortalidad debida a esta enfermedad puede evitarse en países desarrollados con solo aplicar los poco costosos Programas de Detección Citológica Oportuna a más del 80% de la población femenina expuesta al riesgo. Lo mismo debiera suceder en los países en vías de desarrollo, pero esto no es así.

4.5.3. Relevancia Internacional de la inclusión del cáncer cérvico uterino en las políticas públicas (37)

La adopción de políticas nacionales relacionadas con la detección temprana del cáncer del cuello del útero, se ha debido en gran parte a las conferencias internacionales sobre población y desarrollo, ya que el problema se ha venido desarrollando dentro del marco de los temas de la Salud Sexual y Reproductiva. Dichas conferencias son:

Conferencia de Bucarest 1974

Del 19 al 30 de agosto se celebró en Bucarest (Rumania) la I Conferencia Mundial de la Población organizada por las Naciones Unidas y a la que asistieron representantes de 135 países. En ella se enfrentaron dos posiciones antagónicas acerca de cómo disminuir el crecimiento de la población. La primera, sostenida por la gran mayoría de los países subdesarrollados, se resumía en el eslogan «el desarrollo es el mejor anticonceptivo». La otra posición consideraba que la disminución de la tasa de crecimiento de la población mediante una caída de la

fecundidad era condición para el desarrollo y no consecuencia de él, por lo que defendía campañas masivas de información y distribución de anticonceptivos.

Conferencias de la ONU sobre las mujeres: México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995, Nueva York 2005 y 2010

La primera de importancia fundamental fue la de 1995, con representantes de 189 gobiernos que adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. Las siguientes han servido para presionar con el fin de que se cumplan los objetivos marcados en cada una de ellas y así mejorar la vida de millones de mujeres. Frente al tema específico del cáncer de cuello uterino se mencionó la necesidad de establecer y/o fortalecer programas y servicios, incluidas campañas en los medios de comunicación, que se ocupen de la prevención, la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama, el cáncer cervicouterino y otros cánceres del sistema reproductivo.

Conferencia de México 1984

Uno de sus principales logros fue el impulso que se dio a la cooperación internacional y la mayor eficacia en la toma de decisiones políticas.

Conferencia de El Cairo (CIPD) 1994

Esta Cumbre sobre Población y Desarrollo propició un notable consenso sobre algunos importantes temas demográficos. La planificación familiar fue un principio asumido, que ninguno de los 182 países asistentes se atrevió a discutir. Otros aspectos demográficos, como los derechos reproductivos y el aborto, resultaron más polémicos. El Plan de Acción aprobado a 20 años propuso medidas para estabilizar el crecimiento demográfico del planeta, facilitando el acceso a métodos de planificación familiar a quienes deseen limitar el tamaño de su familia, y promocionando la autonomía e igualdad de la mujer. Instó a los estados a adoptar un enfoque integral respecto de la salud de la mujer, este enfoque integral representa un notorio avance respecto de las posturas anteriores, las que tendían a ver a la mujer solamente en su papel de madre y reproductora (35).

ODM+10, sede de la ONU en Nueva York, 2010

Los Estados miembros evaluaron el progreso o retroceso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y buscaron impulsar su compromiso con una agenda de medidas concretas para acelerar su cumplimiento a cinco años de que se cumpla el plazo fijado, en 2015.

La Organización Panamericana de la Salud al respecto ha venido enfatizando que en la mayoría de los países de la región de las Américas, la falta de normas de procedimiento y directrices para la prevención y el control del cáncer cervicouterino hacía difícil institucionalizar los programas y lograr una estandarización (6).

Las conferencias internacionales han ayudado a elaborar el marco jurídico y metas de política para la aplicación del derecho a la salud integral de la mujer y a las afecciones relacionadas con las alteraciones del aparato reproductivo.

4.5.4. Políticas Públicas en Argentina frente a Cáncer Cérvico Uterino (34)

La organización política federal del país, el funcionamiento segmentado y descentralizado del sistema de salud y, sumado a eso, el debilitamiento del Estado en su carácter de autoridad sanitaria nacional, son factores que condicionan la existencia de un sistema integral e integrado de salud e inciden en la configuración de políticas públicas que continúan desarrollándose, del mismo modo que lo hacen otros ámbitos de la política social, en forma fragmentada, asistencialista y no universal, y a partir de una dispersión de planes y programas sociales, superpuestos y no articulados, que reproducen la propia lógica de funcionamiento del sistema.

En la Argentina, al igual que en otros países de América Latina, los fundamentos que justifican la implementación de una política pública de control del cáncer, son de orden epidemiológico, económico y social: las muertes por cáncer, especialmente el cáncer de cuello uterino, reflejan con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Pese a la magnitud del problema, la implementación de acciones y estrategias en prevención recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, se encuentra obstaculizada por la propia estructura del sistema de salud ya mencionada. En tal sentido, se han constatado fallas de coordinación entre la nación y las provincias, así como entre la esfera pública y la privada, a lo que se agrega, las importantes brechas de financiamiento a nivel provincial. Adicionalmente, la multiplicidad de formas que asume la cobertura de servicios de salud de la Argentina (subsector público nacional, provincial y municipal; obras sociales y privado) genera mecanismos de incentivos socialmente perversos en la cobertura del cáncer, con efectos negativos especialmente en materia de prevención. Tampoco hay articulación entre subsistemas e instituciones; y la interacción entre los programas

gubernamentales y otros actores (referentes de organizaciones sociales, asociaciones científicas e instituciones académicas) es débil y escasa.

Al analizar la política pública desde el punto de vista de los programas que el Estado destina al control y prevención del cáncer gineco-mamario, se observa que, en el ámbito nacional, hay al menos tres programas que incluyen entre sus objetivos a la prevención de esas enfermedades: el Programa Nacional de Control del Cáncer de 1976, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de 2002, y el Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Cervicouterino promulgado en junio de 2008.

Algunos de los hechos históricos que se resaltan en el manejo de esta patología como programa se resaltan a continuación:

- El Programa Nacional de Control del Cáncer surgió formalmente en 1976, con presupuesto del Tesoro Nacional.
- La Ley 25.611, sancionada y promulgada en 1988, contemplaba la creación de un Instituto Nacional de Oncología para elaborar e implementar los diferentes objetivos previstos en el campo asistencial y de la investigación.
- En 1999 se creó una Comisión Asesora para elaborar el Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama, se formalizó su existencia en 2003.

Estos antecedentes dieron vía para que en junio de 2008, en el marco de las acciones por la Salud de la Mujer, y como resultado de un proyecto para el mejoramiento de la política de control del cáncer de cuello uterino, se puso en marcha el Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Cervicouterino. Hasta ese momento, el programa había sido sólo un conjunto de enunciados formales. Desde el año pasado, y por primera vez en el ámbito nacional, el Programa cuenta con un presupuesto y un equipo de trabajo multidisciplinario que lo constituyen como tal.

El lanzamiento fue resultado de una decisión política de dar prioridad al tema de la prevención del cáncer de cuello uterino, que ha sido declarado una cuestión prioritaria en la agenda de salud pública internacional. En la denominación actual del Programa se observa el reemplazo del término “detección” por el de “prevención”, lo cual refuerza la orientación de la política. Desde el punto de vista de los responsables del diseño e implementación del Programa, la prevención se define como un *proceso* que tiene tres componentes principales, la toma del Papanicolau, la lectura adecuada del test y el tratamiento, sin los cuales la prevención no sería posible.

En una primera fase, el Programa está siendo implementado en las cinco provincias que presentan la mayor tasa de mortalidad por esa enfermedad que son Misiones, Salta, Formosa, Jujuy y Chaco. Las acciones están focalizadas en las mujeres de 35 a 64 años, en situación de vulnerabilidad social. En una segunda fase, se extenderán las acciones al resto de las jurisdicciones nacionales.

La meta del Programa es que el 80% de las mujeres de 35 a 64 años de las provincias prioritarias se haya realizado por lo menos un test de Papanicolau. Posteriormente se prevé alcanzar la misma cobertura entre las mujeres mayores de 64 años sin cobertura de salud de esas provincias prioritarias. También se espera que el 90% de las mujeres con lesiones de alto grado por cáncer de cuello uterino hayan recibido tratamiento dentro de los seis meses posteriores al diagnóstico. El seguimiento de las mujeres en tratamiento se concibe como una prioridad del Programa, al igual que la creación de un registro informatizado a nivel nacional y la puesta en marcha de una red de laboratorios capaces de analizar los Papanicolau con estándares internacionales de calidad.

Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes (38)

El fortalecimiento del Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Cérvicouterino, surgió teniendo en cuenta que aunque la Argentina tiene mejores resultados en los indicadores de salud, en comparación con países como Brasil, Bolivia y Colombia; sin embargo, aún mueren demasiados niños, niñas y mujeres por causas prevenibles. Ante esta situación, en el Consejo Federal de Salud, reunido en noviembre de 2008, los ministros acordaron la puesta en marcha de líneas de acción sobre esta problemática, es así como el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y las Adolescentes.

Dicho plan tiene como uno de sus objetivos la disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, su población objetivo en este tema contempla a las mujeres en edad fértil (10 a 49 años), especialmente en adolescentes y/o embarazadas; y en las mujeres con mayor riesgo de cáncer cérvico-uterino (35 a 64 años). Si bien el plan está destinado a la reducción de la mortalidad, las acciones encaradas redundarán en una mejora de la salud de la comunidad en general.

Entre las intervenciones planteadas por el Plan Operativo se encuentran el monitoreo, la evaluación y la devolución a las autoridades políticas, con la

expectativa de cambios en las políticas de salud, así como el establecimiento de nuevas metas.

Una gran dificultad es que no hay, por el momento, acciones articuladas entre el Programa nacional y los programas de las provincias no prioritarias, incluyendo a la Ciudad de Buenos Aires. Tampoco se ha logrado incluir la participación de organizaciones no gubernamentales en las comisiones de trabajo del Programa.

4.6. Programa de detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina

4.6.1. Antecedentes

En un diagnóstico realizado en el año 2007 sobre la organización del programa y las actividades de tamizaje cervical desarrolladas en la Nación y en algunas provincias, se concluyó que durante los últimos 20 años no se ha evidenciado efectividad en las acciones implementadas para reducir las muertes por Cáncer de Cuello uterino. En la Nación Argentina existen regiones con tasas de mortalidad casi tan altas a países como India y México, estas regiones presentan valores cuatro veces más altos que la ciudad autónoma de Buenos Aires, y generalmente la mayoría de casos se presenta en las poblaciones más vulnerables donde las mujeres son cabeza de familia y la enfermedad trae consigo pérdida de ingresos, ausentismo y abandono escolar, endeudamiento y caída bajo la línea de pobreza (19).

Del mismo modo se hace referencia a la necesidad de reorganizar el programa Nacional y los programas provinciales haciendo énfasis en los siguientes componentes:

- ✚ Marco institucional y programático
- ✚ Cobertura
- ✚ Seguimiento y tratamiento
- ✚ Definiciones programáticas
- ✚ Organización de los laboratorios de Citología
- ✚ Calidad de la citología
- ✚ Disponibilidad de información estratégica

En junio de 2008, en el marco de las acciones por la Salud de la Mujer, y como resultado de un proyecto para el mejoramiento de la política de control del cáncer

de cuello uterino, se puso en marcha el Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Cérvicouterino. Hasta ese momento, el programa había sido sólo un conjunto de enunciados formales. Desde el año pasado, y por primera vez en el ámbito nacional, el Programa cuenta con un presupuesto y un equipo de trabajo multidisciplinario que lo constituyen como tal (38).

El lanzamiento fue resultado de una decisión política de dar prioridad al tema de la prevención del cáncer de cuello uterino, que ha sido declarado una cuestión prioritaria en la agenda de salud pública internacional. En la denominación actual del Programa se observa el reemplazo del término “detección” por el de “prevención”, lo cual refuerza la orientación de la política. Desde el punto de vista de los responsables del diseño e implementación del Programa, la prevención se define como un *proceso* que tiene tres componentes principales, la toma del Papanicolau, la lectura adecuada del test y el tratamiento, sin los cuales la prevención no sería posible (38).

En una primera fase, el Programa ha sido implementado en las cinco provincias que presentan la mayor tasa de mortalidad por esa enfermedad que son Misiones, Salta, Formosa, Jujuy y Chaco. Las acciones están focalizadas en las mujeres de 35 a 64 años, en situación de vulnerabilidad social. En una segunda fase, se extenderán las acciones al resto de las jurisdicciones nacionales. La meta del Programa es que el 80% de las mujeres de 35 a 64 años de las provincias prioritarias se haya realizado por lo menos un test de Papanicolau. Posteriormente se prevé alcanzar la misma cobertura entre las mujeres mayores de 64 años sin cobertura de salud de esas provincias prioritarias. También se espera que el 90% de las mujeres con lesiones de alto grado por cáncer de cuello uterino hayan recibido tratamiento dentro de los seis meses posteriores al diagnóstico. El seguimiento de las mujeres en tratamiento se concibe como una prioridad del Programa, al igual que la creación de un registro informatizado a nivel nacional y la puesta en marcha de una red de laboratorios capaces de analizar los Papanicolau con estándares internacionales de calidad (38).

4.6.2. Necesidades de un Programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello uterino

Experiencias de países en los que se ha logrado reducir considerablemente la incidencia y la tasa de mortalidad por Cáncer de cuello uterino, muestran que esto es posible a través de programas organizados de prevención (19). Dentro de las

condiciones para la implementación de un programa de cáncer de cuello uterino se encuentran en (23):

a) La alta cobertura de la población objetivo: es común encontrar en los programas de América Latina un alto porcentaje de mujeres jóvenes que acuden al tamizaje, encontrándose más desprovista la población objeto con mayor riesgo de desarrollo de cáncer de cuello uterino, la cobertura en dicha población debe encontrarse por encima del 80%.

b) El tamizaje con un test de buena calidad: la calidad en el diagnóstico citológico se ve reflejada en el alto número de resultados falsos negativos, esto se relaciona con la ausencia de personal idóneo, infraestructura, equipamiento e insumos adecuados.

c) El adecuado tratamiento y seguimiento de las mujeres con lesiones precáncer y cáncer: los programas tienen por objeto disminuir la incidencia y reducir la mortalidad, esto no se logra si a las mujeres con alguna anomalía citológica no se les realiza un adecuado y oportuno diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado se ha mostrado en la evidencia de los países desarrollados, que las condiciones mencionadas arriba se logran con un programa organizado que tenga los siguientes elementos (23):

- ✚ Contar con un plan de acción nacional de control del cáncer cérvico-uterino (marco institucional y programático).
- ✚ Asignación de recursos económicos y técnicos para respaldar el plan de acción nacional, con un equipo responsable de su implementación.
- ✚ Definiciones programáticas que incluyan el rango de edad, método y frecuencia de tamizaje, basadas en evidencia epidemiológica.
- ✚ Una población objetivo claramente definida.
- ✚ Un sistema de búsqueda activa de la población objetivo.
- ✚ Un sistema de salud con capacidad para realizar el tamizaje, y el seguimiento y/o tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.
- ✚ Sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica.

La Alianza para la Prevención del Cáncer de Cuello de Útero en colaboración con otras instituciones desarrolló una investigación que permitió dar a conocer los principales elementos focalizados en la comunidad, a tener en cuenta para aumentar las coberturas de toma del Papanicolau, dichos componentes se muestran en la Ilustración 2 (19).

Ilustración 2. Estrategias para Aumentar la Cobertura de Tamizaje Focalizadas en la Comunidad.



Fuente:Arrosi, Silvina. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Junio de 2008.

Dichos componentes pueden ser de aplicación en todos los ámbitos de desarrollo de las mujeres, por esto es necesario involucrar a todos los sectores e instituciones que hace parte de la cotidianidad en los diferentes roles que la mujer desempeña en la sociedad.

Por otro lado, hay que tener en cuenta el enfoque que abarca la totalidad de la vida el cual favorece una comprensión más profunda de la manera como las intervenciones en la niñez, la adolescencia, los años reproductivos y más adelante influyen en el estado de salud ulterior y en las generaciones futuras. Asimismo, pone de relieve la influencia recíproca de los determinantes biológicos y sociales de la salud de las mujeres y destaca la función de la desigualdad entre los sexos en el aumento de la exposición a los riesgos y la vulnerabilidad frente a estos porque limita el acceso a la asistencia y la información sanitarias; por lo tanto,

repercute en los resultados sanitarios. Si bien se debe prestar mayor atención a los problemas que afectan solo a las mujeres, como el cáncer cervicouterino y los riesgos de salud vinculados con el embarazo y el parto, también se aclara que las necesidades de éste género van más allá de la esfera sexual y reproductiva (12).

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. *Objetivo General*

Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la toma regular de la prueba de Papanicolaou en las mujeres trabajadoras del área docente y administrativa de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

5.2. *Objetivos Específicos*

- Determinar los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino y sobre la prueba de Papanicolaou que poseen las mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa de la facultad de ciencias médicas de la UNLP.
- Identificar las actitudes frente a la detección temprana del cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou en las mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa de la facultad de ciencias médicas de la UNLP.
- Conocer las prácticas frente a la detección temprana del cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou en las mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa de la facultad de ciencias médicas de la UNLP.
- Establecer diferencias frente a la toma de la prueba de Papanicolaou entre el grupo de mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa.

5.3. *Hipótesis*

El conocimiento sobre las consecuencias nocivas de un diagnóstico tardío de Cáncer de cuello uterino y acceso geográfico a los Centros de Salud son insuficientes para garantizar el cumplimiento regular de las pruebas de Papanicolau (PAP) en la población de mujeres >18 años.

Nota: Debido a que las estrategias de prevención de Ca. de cuello uterino se basan principalmente en brindar información a la población sobre los riesgos de la detección tardía y en poner a disponibilidad de los usuarios una oferta de servicios que incluya la toma de PAP; de demostrarse la hipótesis, se fundamentará la necesidad de replantearse las actuales estrategias de prevención.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo transversal con una primera fase descriptiva y otra posterior analítica, en el cual se busca identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres trabajadoras de los grupos administrativo y docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP frente a la toma del Papanicolaou.

La información analizada, se obtuvo a través de la aplicación de encuestas a la muestra de mujeres docentes y del área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, bajo compromiso de confiabilidad y manejo seguro y ético de la información.

6.2. Tipo de Abordaje

La investigación se realizó con un enfoque cuantitativo y se integraron en ella técnicas de recolección de datos cuantitativas y cualitativas.

6.3. Universo

El universo en estudio comprendió a las mujeres trabajadoras en la facultad de ciencias médicas, sede central de la UNLP, correspondientes al área docente y área administrativa.

6.3.1. Criterios de Inclusión

- ✚ Mujeres mayores de 18 años.
- ✚ Mujeres trabajadoras en la facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.
- ✚ Encuestas auto administradas que contengan más del 95% de la información diligenciada.

6.3.2. Criterios de Exclusión

- ✚ Mujeres mayores de 18 años trabajadoras de otras facultades diferentes a la facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.
- ✚ Mujeres que no acepten participar en el estudio.

6.4. Muestra

La técnica de muestreo a emplear será muestreo estratificado, con selección de las unidades de análisis dentro de cada estrato por muestreo sistemático, siendo la primera unidad de análisis seleccionada por azar de la nómina de mujeres trabajadoras en cada estrato.

6.4.1. Tamaño Muestral Subunidad Docentes y Administrativas

La determinación del tamaño muestral se obtuvo con un 95% de confianza 5% de precisión, mediante la fórmula: $n = n' / (1 + n' / N)$, donde: N= universo de trabajadoras de la FCM y $n' = Z^2 * p * (1-p) / d^2$, donde p= proporción del fenómeno que se desea estudiar, Z= el nivel de confianza requerido y d =la precisión con que se desea obtener p.

$$n = \frac{(3,8416)(0,5)(0,5)(417)}{(417)(0,0025) + (3,8416)(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{400,4868}{(1,0425) + (0,9604)}$$

$$n = \frac{400,4868}{2,0029}$$

$$n = 200$$

Muestra proporcional para docentes y No Docentes:

n docentes= (200) (0,72)

n docentes= 144

n no docentes= (200) (0,28)

n no docentes= 56

Por tanto, la muestra a recolectar es en total de 200 encuestas siendo distribuidas dentro de los dos grupos, 144 para las docentes y 56 para las administrativas o no docentes.

6.5. Definición Operacional de las Variables

A continuación se relacionan las variables utilizadas en el presente estudio:

Tabla 5. Definición Operacional de las Variables del Estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA				
Edad	Tiempo en años cumplidos transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Cuantitativa	Continua	25, 27, 30, 35, 44, 52...
Estado Civil	Situación de la mujer como persona física, determinada por su vínculo con otro individuo, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Viuda Unión Libre Separada
Nivel de Escolaridad	Es el grado más elevado de estudios realizado por la mujer.	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Técnica

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
				Universitaria Incompleta Universitaria Completa Posgrado
Cargo que ocupa en la Universidad	Es la posición que la mujer adquiere en el ejercicio de su trabajo dentro de la universidad	Cualitativa	Nominal	Docente Administrativa Otra
Profesión u ocupación	Es la actividad especializada del trabajo dentro de la Facultad	Cualitativa	Nominal	Médico Técnico Empleado Administrativo Empleada Doméstica Otra ¿Cuál?
Afiliación al Sistema de salud	Corresponde al tipo de afiliación al sistema de salud Argentino	Cualitativa	Nominal	Obra Social Privada Pública
VARIABLES DE CONOCIMIENTOS				
Conocimiento sobre la prueba	Es el conocimiento que tiene la mujer sobre qué clase de examen es el pappanicolaou	Cualitativa	Nominal	Examen de sangre Examen del cuello del útero Examen Radiológico Un examen médico No sé
Lugar del aparato reproductor donde se toma el examen	Es el conocimiento que tiene la mujer sobre en qué lugar del aparato reproductor se toma la muestra	Cualitativa	Nominal	Cuello del útero Vagina Ovarios Útero No sé
Utilidad de la toma del examen	Se relaciona con el beneficio que tiene la toma de la prueba, en relación con la salud de la mujer	Cualitativa	Nominal	Detectar el cáncer de cuello uterino Detectar cáncer de ovario Detectar cáncer en la vagina Detectar infecciones vaginales
Factores de riesgo que inciden en la	Se relaciona con el conocimiento sobre qué cosa o	Cualitativa	Nominal	La mala alimentación El consumo de

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
enfermedad	comportamiento de la mujer, puede aumentar la posibilidad de que se presente una enfermedad.			bebidas alcohólicas El consumo de cigarrillo Contacto con el Virus de Papiloma Humano
Sintomatología relacionada con la enfermedad	Se relaciona con lo que saben las mujeres acerca de los síntomas que aparecen en las primeras etapas del cáncer de cuello uterino.	Cualitativa	Nominal	Sangrado vaginal fuera de la menstruación Dolor vaginal Flujo Vaginal No presenta ningún síntoma
Información acerca de la prueba	Se relaciona con la recepción de información acerca de la toma de la prueba.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si No
Lugar de recepción de información	Se relaciona con el lugar donde la mujer ha recibido información acerca de la toma de la prueba.	Cualitativa	Nominal	Obra Social Hospital Consultorio Privado Trabajo Otros
Fuentes de suministro de información	Se relaciona con el medio físico o humano por el que la mujer recibió información acerca de la toma de la prueba.	Cualitativa	Nominal	Amigos Familiares Obstetra Ginecólogo Medios de comunicación Paneles informativos Otros
Frecuencia de la toma de la prueba	Es el conocimiento que tiene la mujer frente a la toma del examen según el periodo de tiempo.	Cualitativa	Nominal	Mensual Cada 6 meses Cada año Entre 2 y 3 años Sólo cuando una mujer se siente enferma
Personas a las que va dirigida la prueba	Es el conocimiento que tiene la mujer frente a qué población va dirigida la toma de la prueba.	Cualitativa	Nominal	Todas las mujeres que se sientan enfermas Hombres y mujeres en edad

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
				reproductiva. Mujeres que han iniciado relaciones sexuales No sé
VARIABLES DE ACTITUDES				
Actitud para solicitar la toma de la prueba	Es el comportamiento que tiene la mujer frente a la solicitud de la toma de la muestra	Cualitativa	Nominal – Dicotómica	Si No
Planeación de la toma de la prueba	Es el comportamiento que tiene la mujer frente a la planeación de la toma de la muestra	Cualitativa	Nominal - Dicotómica	Si No
Importancia de la toma de la prueba en un periodo de tiempo	Se relaciona con la motivación que tiene la mujer para tomar la prueba en un periodo de tiempo determinado	Cualitativa	Nominal	Es necesario que uno conozca su estado de salud Permite detectar el cáncer a tiempo Permite prevenir enfermedades Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita No sé
Inicio de la primera toma de la prueba	Se relaciona con la motivación frente al momento en que debe tomarse la primera prueba de Papanicolaou	Cualitativa	Nominal	Tres años después de iniciar relaciones sexuales Durante el primer embarazo Cuando siente dolores en la parte baja del abdomen Cuando se inicia la menstruación No sé
VARIABLES DE PRACTICAS				
Realización de	Se refiere a si la	Cualitativa	Nominal -	Si

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
la prueba	mujer se ha tomado o no la prueba de Papanicolaou		Dicotómica	No
Frecuencia de la realización de la prueba	Se refiere al periodo de tiempo con que la mujer se ha practicado la toma de la prueba.	Cualitativa	Nominal	Anual Cada seis meses Cada tres años Ocasionalmente Nunca
Motivo de la realización de la prueba	Es la razón por la que la mujer decidió tomarse la prueba.	Cualitativa	Nominal	Por indicación medica Por iniciativa propia Por sugerencia de un tercero
Solicitud de los resultados de la prueba	Se refiere a la frecuencia con que la mujer reclama los resultados de sus pruebas.	Cualitativa	Nominal	Nunca Algunas veces Siempre
Motivos de NO retiro de los resultados	Se refiere a los motivos por los que la mujer no pudo retirar el resultado de su prueba de Papanicolaou.	Cualitativa	Nominal	Por falta de tiempo Por vergüenza Por miedo a que me diagnosticaran cáncer Olvidé reclamarlos No me pareció importante Todavía no habían salido los resultados
Explicación del resultado	Se refiere a si la mujer solicitó que le explicaran el resultado de la prueba de Papanicolaou	Cualitativa	Nominal Dicotómica	- Si No

6.6. Dinámica del Trabajo de Campo

6.6.1. Preparación Previa a las Salidas de Campo

Se solicitó al área de personal de la Facultad de Ciencias Médicas el listado de funcionarias según la distribución por áreas y departamentos dentro de la Facultad, con el fin de conocer el número exacto de mujeres por cada una de estas dependencias y realizar el cálculo del tamaño muestra. Del mismo modo se realizó la prueba piloto para la aplicación de la encuesta con las mujeres trabajadoras del área administrativa de la facultad.

6.6.2. Operatoria de Campo

La muestra se recolectó teniendo en cuenta los horarios de cada curso y cátedra, se socializaba el objetivo del estudio a cada uno de los directores y se solicitaba el permiso verbal para la aplicación de las encuestas, en algunos casos los mismos directores solicitaban las respectivas encuestas según el número de mujeres de las que se encontraban a cargo y ellos mismos proponían una fecha de entrega de la información.

La aplicación total a la muestra seleccionada se realizó en cuatro semanas ya que existían algunas cátedras que se cruzaban con otras o que se encontraban en exámenes finales y debían reprogramarse los desplazamientos.

Cada mujer abordada recibía la información acerca del estudio y del mismo modo se le solicitaba el consentimiento verbal para el diligenciamiento de la encuesta, se esperaba cerca a las mujeres hasta que completaran todo el cuestionario.

6.6.3. Trabajo Post - Salida de Campo

Al finalizar cada día, se realizaba la revisión de los formularios con el fin de verificar su completo diligenciamiento y la asignación de un número consecutivo según el grupo al que pertenecieran las mujeres encuestadas.

Luego de haber realizado la recolección de la muestra se inició la construcción de la base de datos.

6.7. Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de los datos se realizó a través de una Encuesta autoadministrada anónima, que contiene las preguntas relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la realización de la prueba de Papanicolaou.

6.7.1. Instrumentos para la Recolección de Datos

Se utilizó una encuesta construida teniendo en cuenta otras encuestas validadas en países como Colombia, México y Perú, la encuesta elaborada es un instrumento que contiene una identificación general de la encuesta y cuatro bloques, el primero contiene información Sociodemográfica de las encuestadas, el segundo contiene preguntas de conocimientos sobre la toma de Papanicolaou, el tercero es de preguntas de actitudes sobre la toma de Papanicolaou y el cuarto y último bloque contiene las preguntas relacionadas con las prácticas sobre la toma de Papanicolaou. En total el instrumento contaba con veintiséis preguntas que debieron ser diligenciadas por cada mujer encuestada.

6.8. Elaboración de la Base de Datos

Para la digitación de las encuestas realizadas en físico a las mujeres encuestadas se elaboró una base de datos Access transformada a Excel al momento del análisis de datos.

6.9. Consideraciones Éticas

Se realizó un consentimiento informado verbal de aceptación en la participación de las mujeres trabajadoras en la facultad de ciencias médicas, bajo compromiso de confiabilidad y manejo seguro y ético de la información.

- ✚ Legislación Internacional: La investigadora cumplirá con los códigos y declaraciones internacionales emitidos por la comunidad médica internacional que ofrecen pautas éticas para la investigación con seres humanos, como el Código de Nuremberg (1949), la Declaración de Helsinki y sus cinco revisiones hasta la del Edimburgo, Escocia en el año 2000, la Conferencia del Consejo de

Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), la Conferencia de Manila (1981).

- ✚ Legislación Nacional: La investigadora cumplirá con la Ley 11044 de la provincia de Buenos Aires sobre investigación en salud humana, y toda la legislación nacional, especialmente en lo relacionado a los derechos de autor, custodia legal de la información, conductos regulares ante entidades académicas y científicas y las demás que se consideren pertinentes.

Se mantendrá la obligación ética del personal de salud de no divulgar ni de permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre salud y la vida del paciente o su familia, aún después de la muerte del paciente.

En cuanto a los resultados de la investigación estarán ceñidos a la verdad, con conciencia de la transitoriedad del conocimiento. De ser publicados se elegirá una publicación científica debidamente reconocida.

La investigación respetará los derechos de autor y reconocerá la participación de todos los investigadores y colaboradores.

Se conservaron principios de:

- ✚ No maleficencia: La investigadora tomara todas las precauciones necesarias para no causar daño intencionalmente a personas o instituciones que estén relacionados con la presente investigación.
- ✚ Beneficencia: Los resultados de ésta investigación van a mejorar el conocimiento para la toma de decisiones en los programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- ✚ Justicia: La información analizada así como los resultados obtenidos en ésta investigación cumplirá con el principio de justicia y sentido de equidad.

6.10. Plan de Análisis

La información se digitó en una base de datos en Excel, y el análisis de datos se realizó con el paquete estadístico de SPSS 19.

Partiendo de la base de datos de las encuestas aplicadas a la muestra calculada, en primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de las variables contempladas en la Tabla No. 5, presentado en frecuencias absolutas y proporciones.

Partiendo de los hallazgos, se realiza un análisis bivariado, entre los datos obtenidos de las preguntas de los bloques de conocimientos, actitudes y prácticas en la toma de Papanicolaou, determinando chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05.

6.11. Cronograma de Actividades Realizadas

En la tabla 6 se visualizan las actividades realizadas durante el periodo de junio de 2012 a Agosto de 2013.

Tabla 6. Cronograma de Actividades Realizadas

Actividad	2012							2013							
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct.	Nov	Dic	Ene.	Feb.	Mar.	Ab	My	Jun	Jul	Ago
Construcción de Plan de Tesis															
Entrega del Plan de Tesis para su aprobación															
Aceptación del Plan de Tesis por el Honorable Consejo Académico															
Construcción de Marco teórico															
Construcción de Instrumentos															
Recolección de datos															
Análisis de información															
Elaboración de informe															

Fuente: Consolidación de la Autora. Agosto de 2013.

6.12. Financiación e Infraestructura

- ✚ Financiación: Los recursos humanos que participaron en el estudio fueron voluntarios y por tanto no requirieron pago alguno, en total participaron 3 personas que ayudaron a la aplicación de los cuestionarios.

El dinero para las copias fue proveniente de los recursos propios de la investigadora.

- ✚ Infraestructura: El lugar designado para realizar el trabajo fue la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

7. RESULTADOS

7.1. Análisis Descriptivo

7.1.1. Análisis Descriptivo Información Socio Demográfica

Se realizaron 200 encuestas a mujeres entre los 20 y 68 años, con una edad promedio de 37.73 años \pm 12.665, de acuerdo a la Clasificación por etapa de ciclo vital, según OMS¹, el 52,5% de las mujeres son Adultos Jóvenes, y el 47.5% son Adultos Mayores.

Tabla 7. Frecuencias Relativas y Absolutas. Información Socio demográfica.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
ESTADO CIVIL		
Soltera	105	52,5
Casada	58	29
Unión Libre	17	8,5
Separada	17	8,5
Viuda	3	1,5
Total	200	100
NIVEL ESCOLARIDAD		
Primaria Completa	3	1,5
Posgrado	62	31
Universitaria Completa	56	28
Universitaria Incompleta	53	26,5
Secundaria Completa	15	7,5
Técnica	10	5
Secundaria Incompleta	1	0,5
Total	200	100
CARGO QUE DESEMPEÑA		
Docente	141	70,5
No Docente	59	29,5
Total	200	100
PROFESIÓN		
Médico	38	19
Técnico	3	1,5
Empleada Administrativa	51	25,5
Otra	108	54
Total	200	100
AFILIACIÓN A SALUD		
Obra Social	175	87,5
Privada	9	4,5
Pública	16	8
Total	200	100

¹ ,Adulto Joven entre 18 y 35 años, Adulto Maduro entre 35 y 60 años y Adulto Mayor superior a 60 años

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

7.1.2. Análisis Descriptivo Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou

Frente a los conocimientos en relación a la prueba de Papanicolaou, de las 200 mujeres encuestadas, se observa que el 98% de las mujeres refieren que la prueba de Papanicolaou es un examen del cuello uterino, el 92.5% de las mujeres refiere que se toma en el cuello uterino.

Tabla 8. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.

Variable	No.	%
LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU ES UN:		
Examen del cuello del útero	196	98
Examen médico	4	2
Total	200	100
LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU SE TOMA EN:		
Cuello de útero	185	92,5
Vagina	6	3
No sé	6	3
Útero	2	1
Ovarios	1	0,5
Total	200	100

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

Adicionalmente, el 91.5% de las mujeres refiere que la prueba de Papanicolaou sirve para la detección del cáncer de cuello uterino, seguido de un 5% de mujeres que refieren no saber su utilidad. En relación a los factores de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino, el 93% refiere que el principal factor de riesgo es el contacto con el virus de papiloma humano, por otra parte el 32,5% de las mujeres identifican como uno de los síntomas más frecuentes al inicio del cáncer de cuello uterino, el sangrado vaginal fuera de la menstruación y un 32.5% refiere que no presenta ningún síntoma.

Tabla 9. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.

Variable	No.	%
¿LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU SIRVE PARA?		
Detectar el cáncer de cuello uterino	183	91,5
No sé	10	5
Detectar infecciones vaginales	6	3
Detectar cáncer en la vagina	1	0,5
Total	200	100
CUÁL ES EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?		
Contacto con el virus de papiloma humano	186	93
No sé	11	5,5
El consumo de cigarrillo	3	1,5
Total	200	100
CUÁL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS ES EL MÁS FRECUENTE AL INICIO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?		
Sangrado vaginal fuera de la menstruación	65	32,5
No presenta ningún síntoma	65	32,5
No sé	56	28
Flujo vaginal	11	5,5
Dolor vaginal	3	1,5
Total	200	100

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

En relación a la información recibida sobre la toma de la prueba de Papanicolaou, el 86.5% de las mujeres refiere haber recibido información acerca de la toma del examen, de las cuales, 169 mujeres refirieron el lugar donde recibió la información, destacándose con el 58% el consultorio privado, seguido de un 26.6% otros lugares como la Universidad, Conocimiento general y la televisión, adicionalmente, en relación a quien les proporcione la información, el 72.8% de la mujeres refiere que fue el Ginecólogo, seguido de Otros (11.8%), como profesores y compañeros de trabajo. Se destaca que el 3% de las mujeres que ha recibido información sobre la prueba, fue a través de medios de comunicación y paneles informativos.

Tabla 10. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.

Variable	No.	%
HA RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE LA TOMA DEL PAPANICOLAOU?		
Si	173	86,5
No	27	13,5
Total	200	100
EN QUÉ LUGAR RECIBIÓ LA INFORMACIÓN?		
Consultorio privado	98	58,0
Otros	45	26,6
Hospital	19	11,2
Lugar de Trabajo	6	3,6
Obra social	1	0,6
Total	169	100
QUIEN LE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?		
Ginecólogo	123	72,8
Otros	20	11,8
Amigos	8	4,7
Familiares	7	4,1
Obstetra	6	3,6
Medios de comunicación	4	2,4
Paneles informativos	1	0,6
Total	169	100

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

En cuanto a la periodicidad con la cual debe realizarse el examen de Papanicolaou, el 89,5% de las 200 mujeres encuestadas, refiere que debe realizarse cada año, el 5,5% respondió que cada seis meses y el 3% refiere no saber la frecuencia. Así mismo, el 965 de las mujeres reconocen que las personas que deben tomarse la prueba de Papanicolaou son aquellas mujeres que han iniciado relaciones sexuales.

Tabla 11. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.

Variable	No.	%
CON QUE FRECUENCIA SE DEBE REALIZAR EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?:		
Cada año	179	89,5
Cada seis meses	11	5,5
No sé	6	3
Mensual	2	1
Entre dos y tres años	2	1
Total	200	100
QUE PERSONAS DEBEN TOMARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU		
Mujeres que han iniciado relaciones	192	96
Todas las mujeres que se sienten enfermas	3	1,5
No sé	3	1,5
Hombres y mujeres en edad reproductiva	2	1
Total	200	100

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

En general se puede afirmar que el 23.5% de las mujeres presenta adecuados conocimientos en relación a la prueba de Papanicolaou.

7.1.3. Análisis Descriptivo Bloque Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou

En relación a las actitudes de las mujeres encuestadas frente a la prueba del Papanicolaou, el 86% de las mujeres refiere haber solicitado la realización del examen en los últimos tres años, y el 70,5% tienen planeado cuando se realizara la toma del examen. Por otra parte, al indagar sobre el ¿Por qué debe realizarse la prueba en un periodo de tiempo determinado? El 70,5% de las mujeres respondieron que porque permite detectar el cáncer a tiempo; y el 70% de las mujeres refiere q una mujer debe iniciar la realización de la toma del examen, al iniciar su vida sexual.

Tabla 12. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
HA SOLICITADO QUE LE REALICEN EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS?:		
Si	172	86
No	28	14
Total	200	100
YA TIENE PLANEADO CUANDO SE VA A TOMAR EL PAPANICOLAOU?		
Si	161	80,5
No	39	19,5
Total	200	100
¿PORQUE CONSIDERA QUE DEBE HACERSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN UN PERIODO DE TIEMPO DETERMINADO?		
Permite detectar el cáncer a tiempo	141	70,5
Es necesario que uno conozca su estado de salud	28	14
Permite prevenir enfermedades	20	10
No sé	10	5
Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita	1	0,5
Total	200	100
CUANDO UNA MUJER DEBE INICIAR A REALIZARSE EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU?		
Al iniciar la vida sexual	140	70
Tres años después de iniciar relaciones sexuales	28	14
Cuando se inicia la menstruación	20	10
No sé	11	5,5
Cuando siente dolores en la parte baja del abdomen	1	0,5
Total	200	100

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

En general el 7% de las mujeres cuentan con adecuadas actitudes según los parámetros planteados en Metodología en relación a la prueba de Papanicolaou.

7.1.4. Análisis Descriptivo Bloque Prácticas sobre la Toma de Papanicolaou

En relación a las practicas desarrolladas frente a la prueba de Papanicolaou, el 93.5% de las mujeres encuestadas, refiere haberse practicado alguna vez la

prueba, y en cuanto a la frecuencia de práctica, el 75% refiere habérsela practicado anualmente, seguido de un 7% con frecuencia ocasional.

Tabla 13. Frecuencias Relativas y Absolutas. Bloque Prácticas sobre la Toma de Papanicolaou.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
SE HA PRACTICADO ALGUNA VEZ LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU:		
Si	187	93,5
No	13	6,5
Total	200	100
¿CON QUE FRECUENCIA SE LA HA PRACTICADO LA TOMA?		
Anual	150	75
Ocasionalmente	14	7
Nunca	12	6
Cada seis meses	11	5,5
Cada tres años	11	5,5
Total	198	99
¿POR QUÉ SE LA PRACTICÓ?:		
Por iniciativa propia	119	59,5
Por indicación médica	68	34
Total	187	93,5
USTED RECLAMÓ LOS RESULTADOS DE SUS PAPANICOLAOU?:		
Siempre	171	85,5
Algunas veces	13	6,5
Nunca	3	1,5
Total	187	93,5
SI USTED ALGUNA VEZ NO RECLAMO LOS RESULTADOS DE SU PAPANICOLAOU, SEÑALE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO LO HIZO:		
Por falta de tiempo	8	4
Olvidé reclamarlos	4	2
a que me diagnosticaran cáncer	1	0,5
Todavía no habían salido los resultados	1	0,5
Total	14	7
¿SOLICITO EXPLICACIONES SOBRE EL RESULTADO DE LA PRUEBA AL PERSONAL DE SALUD?:		
Si	149	74,5
No	38	19
Total	187	93,5

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

En general el 40.5% de las mujeres cuentan con adecuadas prácticas en relación a la prueba de Papanicolaou.

7.1.5. Análisis Analítico

7.1.5.1. Bloque Conocimientos sobre la Prueba de Papanicolaou

Al indagar los conocimientos que presentaban las 200 mujeres encuestadas, no se evidencio diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de mujeres Docentes y el grupo de mujeres No Docente ($p=0,158$), sin embargo, al comparar las proporciones obtenidas entre los dos grupos, según cada pregunta indagada en el componente de conocimientos, se evidencia diferencias estadísticamente significativas en: La prueba de Papanicolaou sirve para? ($P=0.001$), Cuál es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino ($P=0.03$); Ha recibido información acerca de la toma del Papanicolaou? ($p=0.006$); En qué lugar recibió la información? ($P=0,003$); Con qué Frecuencia se debe realizar el examen de Papanicolaou? ($p=0.003$) y Que personas deben tomarse la prueba de Papanicolaou? ($p=0,004$).

Tabla 14. Prueba Chi Cuadrado para Bloque Conocimientos sobre la Toma de Papanicolaou.

Preguntas	Respuestas	Cargo que ocupa en la Universidad				Total		Prueba Chi-Cuadrado Pearson			
		Docente		No Docente		FreqAbs	FreqRel	Valor	Grados Libertad	Valor Esperado	Significancia
		FreqAbs	FreqRel	FreqAbs	FreqRel						
Conocimientos	Inadecuado	104	73,8%	49	83,1%	153	76,5%	1,998	1		0,158
	Adecuado	37	27,0%	10	16,9%	47	24,0%				
Total		141	70,5%	59	29,5%	200	100,0%				
La prueba de Papanicolaou es un	Examen del cuello del útero	137	97,2%	59	100%	196	98,0%	1,708	1	1,18	0,191
	Examen médico	4	2,8%	0	0,0%	4	2,0%				
Total		141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
La prueba de Papanicolaou se toma en	Cuello de útero	129	91,5%	56	94,9%	185	92,5%	4,23	4	0,3	0,376
	Vagina	5	3,5%	1	1,7%	6	3,0%				
	Ovarios	0	0,0%	1	1,7%	1	0,5%				
	Útero	2	1,4%	0	0,0%	2	1,0%				
	No sé	5	3,5%	1	1,7%	6	3,0%				
Total		141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
¿La prueba de Papanicolaou sirve para?	Detectar el cáncer de cuello uterino	136	96,5%	47	79,7%	183	91,5%	16,505	3	0,3	0,001

Preguntas	Respuestas	Cargo que ocupa en la Universidad				Total		Prueba Chi-Cuadrado Pearson			
		Docente		No Docente		FreqAbs	FreqRel	Valor	Grados Libertad	Valor Esperado	Significancia
		FreqAbs	FreqRel	FreqAbs	FreqRel						
	Detectar cáncer en la vagina	0	0,0%	1	1,7%	1	0,5%				
	Detectar infecciones vaginales	1	0,7%	5	8,5%	6	3,0%				
	No sé	4	2,8%	6	10,2%	10	5,0%				
	Total	141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
<i>Cuál es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino?</i>	El consumo de cigarrillo	2	1,4%	1	1,7%	3	1,5%	6,572	2	0,89	0,03
	Contacto con el virus de papiloma humano	135	95,7%	51	86,4%	186	93,0%				
	No sé	4	2,8%	7	11,9%	11	5,5%				
	Total	141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
<i>Cuál de los siguientes síntomas es el más frecuente al inicio del cáncer de cuello uterino?</i>	Sangrado vaginal fuera de la menstruación	45	31,9%	20	33,9%	65	32,5%	3,022	4	0,89	0,55
	Dolor vaginal	3	2,1%	0	0,0%	3	1,5%				
	Flujo vaginal	6	4,3%	5	8,5%	11	5,5%				
	No presenta ningún síntoma	48	34,0%	17	28,8%	65	32,5%				
	No sé	39	27,7%	17	28,8%	56	28,0%				
	Total	141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
<i>Ha recibido información acerca de la toma del Papanicolaou?</i>	No	13	9,2%	14	23,7%	27	13,5%	7,489	1	7,97	0,006
	Si	128	90,8%	45	76,3%	173	86,5%				
	Total	141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
<i>En qué lugar recibió la información?</i>	Obra social	1	0,7%	0	0,0%	1	0,5%	16,358	4	0,27	0,003
	Hospital	15	10,6%	4	6,8%	19	9,5%				
	Consultorio privado	61	43,3%	37	62,7%	98	49,0%				
	Lugar de Trabajo	5	3,5%	1	1,7%	6	3,0%				
	Otros	42	29,8%	3	5,1%	45	22,5%				
	Total	124	73,4%	45	26,6%	169	100%				
<i>Quien le proporcionó la información?</i>	Amigos	5	3,5%	3	5,1%	8	4,0%	14,303	6	0,27	0,26
	Familiares	4	2,8%	3	5,1%	7	3,5%				
	Obstetra	6	4,3%	0	0,0%	6	3,0%				
	Ginecólogo	84	59,6%	39	66,1%	123	61,5%				
	Medios de comunicación	4	2,8%	0	0,0%	4	2,0%				
	Paneles informativos	1	0,7%	0	0,0%	1	0,5%				
	Otros	20	14,2%	0	0,0%	20	10,0%				
	Total	124	73,4%	45	26,6%	169	100%				
<i>Con que Frecuencia se debe realizar el examen de Papanicolaou?:</i>	Mensual	2	1,4%	0	0,0%	2	1,0%	15,995	4	0,59	0,003
	Cada seis meses	8	5,7%	3	5,1%	11	5,5%				
	Cada año	130	92,2%	49	83,1%	179	89,5%				
	Entre dos y	1	0,7%	1	1,7%	2	1,0%				

Preguntas	Respuestas	Cargo que ocupa en la Universidad				Total		Prueba Chi-Cuadrado Pearson			
		Docente		No Docente		FreqAbs	FreqRel	Valor	Grados Libertad	Valor Esperado	Significancia
		FreqAbs	FreqRel	FreqAbs	FreqRel						
	tres años										
	No sé	0	0,0%	6	10,2%	6	3,0%				
	Total	141	70,5%	59	29,5%	200	100%				
<i>Que personas deben tomarse la prueba de Papanicolaou?</i>	Todas las mujeres que se sienten enfermas	3	2,1%	0	0,0%	3	1,5%	13,379	3	0,59	0,004
	Hombres y mujeres en edad reproductiva	0	0,0%	2	3,4%	2	1,0%				
	Mujeres que han iniciado relaciones	138	97,9%	54	91,5%	192	96,0%				
	No sé	0	0,0%	3	5,1%	3	1,5%				
	Total	141	70,5%	59	29,5%	200	100%				

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

7.1.5.2. Bloque Actitudes sobre la Prueba de Papanicolaou

Al identificar las actitudes frente a la detección temprana del cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou en las mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa de la facultad de ciencias médicas de la UNLP, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones obtenidas en el grupo de docentes y no docentes ($p=0.019$). Por otra parte, entre las preguntas que se indagaron para determinar la actitud de las mujeres encuestadas, se observa diferencia estadísticamente significativa en las preguntas: Por qué considera que debe hacerse la prueba de Papanicolaou en un periodo de tiempo determinado? ($P=0.014$) y Cuando una mujer debe iniciar a realizarse el examen de Papanicolaou? ($P=0,000$).

Tabla 15. Prueba Chi Cuadrado para Bloque Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou.

Preguntas	Respuestas	Cargo que ocupa en la Universidad				Total		Prueba Chi Cuadrado Pearson			
		Docente		No Docente		FreqAbs	FreqRel	Valor	Grados Libertad	Valor Esperado	Significancia
		FreqAbs	FreqRel	FreqAbs	FreqRel						
<i>Actitud</i>	Inadecuado	135	96%	51	86,4%	186	93%	5,531	1	4,130	0,019
	Adecuado	6	4%	8	13,6%	14	7%				
	Total	141	71%	59	29,5%	200	100%				
<i>¿Ha solicitado que le realicen el examen de Papanicolaou en los últimos tres años?:</i>	No	18	9%	10	5,0%	28	14%	0,605	1	8,260	0,285
	Si	123	62%	49	24,5%	172	86%				
	Total	141	71%	59	29,5%	200	100%				
<i>Ya tiene planeado cuando se va a tomar el Papanicolaou?</i>	No	27	14%	12	6,0%	39	20%	0,038	1	11,510	0,846
	Si	114	57%	47	23,5%	161	81%				

Total		141	71%	59	29,5%	200	100%				
<i>¿Porque considera que debe hacerse la prueba de Papanicolaou en un periodo de tiempo determinado?</i>	Es necesario que uno conozca su estado de salud	17	9%	11	5,5%	28	14%	12,453	4	0,300	0,014
	Permite detectar el cáncer a tiempo	108	54%	33	16,5%	141	71%				
	Permite prevenir enfermedades	9	5%	11	5,5%	20	10%				
	Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita	0	0%	1	0,5%	1	1%				
	No sé	7	4%	3	1,5%	10	5%				
Total		141	71%	59	29,5%	200	100%				
<i>Cuando una mujer debe iniciar a realizarse el examen de Papanicolaou?</i>	Al iniciar la vida sexual	125	63%	15	7,5%	140	70%	83,487	4	0,300	0,000
	Tres años después de iniciar relaciones sexuales	9	5%	19	9,5%	28	14%				
	Cuando siente dolores en la parte baja del abdomen	1	1%	0	0,0%	1	1%				
	Cuando se inicia la menstruación	3	2%	17	8,5%	20	10%				
	No sé	3	2%	8	4,0%	11	6%				
Total		141	71%	59	29,5%	200	100%				

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

7.1.5.3. Bloque Actitudes sobre la Prueba de Papanicolaou

Al conocer las prácticas frente a la detección temprana del cáncer de cuello uterino y la toma de Papanicolaou, se evidencia diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa de la facultad de ciencias médicas de la UNLP, al revisar cada una de las preguntas indagadas, se evidencia diferencias estadísticamente significativas la pregunta ¿Por qué se la practicó? ($p=0,006$).

Tabla 16. Prueba Chi Cuadrado para Bloque Prácticas sobre la Toma de Papanicolaou.

Preguntas	Respuestas	Cargo que ocupa en la Universidad				Total		Prueba Chi Cuadrado Pearson			
		Docente		No Docente		FreqAbs	FreqRel	Valor	Grados Libertad	Valor Esperado	Significancia
		FreqAbs	FreqRel	FreqAbs	FreqRel						
Prácticas	Inadecuado	79	56,4%	39	66,1%	118	59,3%	1,609	1	24,02	0,205
	Adecuado	61	43,6%	20	33,9%	81	40,7%				
Total		140	70,4%	59	29,6%	199	100%				
Se ha practicado alguna vez la prueba de Papanicolaou	No	11	7,9%	2	3,4%	13	6,5%	1,332	1	3,84	0,248
	Si	130	92,9%	57	96,6%	187	94,0%				
Total		141	70,9%	59	29,6%	200	100,0%				
¿Con que frecuencia se la ha practicado la toma?	Anual	106	75,2%	44	77,2%	150	75,8%	4,734	4	3,17	0,316
	Cada seis meses	9	6,4%	2	3,5%	11	5,6%				
	Cada tres años	7	5,0%	4	7,0%	11	5,6%				
	Ocasionalmente	8	5,7%	6	10,5%	14	7,1%				
	Nunca	11	7,8%	1	1,8%	12	6,1%				
Total		141	71,2%	57	28,8%	198	100%				
¿Por qué se la practicó?	Por indicación médica	39	30,0%	29	50,9%	68	36,4%	7,464	1	20,73	0,006
	Por iniciativa propia	91	70,0%	28	49,1%	119	63,6%				
Total		130	69,5%	57	30,5%	187	100%				
Usted reclamó los resultados de sus Papanicolaou ?	Nunca	1	0,8%	2	3,5%	3	1,6%	3,63	2	0,91	0,163
	Algunas veces	7	5,4%	6	10,5%	13	7,0%				
	Siempre	122	93,8%	49	86,0%	171	91,4%				
Total		130	69,5%	57	30,5%	187	100%				
Si usted alguna vez NO reclamó los resultados de su Papanicolaou , señale la razón principal por la que no lo hizo	Por falta de tiempo	6	85,7%	2	28,6%	8	57,1%	5,00	3	0,50	0,172
	a que me diagnosticaran cáncer	0	0,0%	1	14,3%	1	7,1%				
	Olvidé reclamarlos	1	14,3%	3	42,9%	4	28,6%				
	Todavía no habían salido los resultados	0	0,0%	1	14,3%	1	7,1%				
Total		7	50%	7	50%	14	100%				
¿Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al personal de salud?	No	27	20,8%	11	19,3%	38	20,3%	0,53	1	11,58	0,818
	Si	103	79,2%	46	80,7%	149	79,7%				
Total		130	69,5%	57	30,5%	187	100%				

Fuente: Base de datos encuestas CAP sobre toma de Papanicolaou. Febrero de 2013.

Al establecer diferencias frente a la toma de la prueba de Papanicolaou entre el grupo de mujeres trabajadoras en el área docente y administrativa, a través de las proporciones obtenidas en las preguntas: ¿Se ha practicado alguna vez la prueba de Papanicolaou? y ¿Con que frecuencia se la ha practicado la toma?, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres docentes y mujeres no docentes. No obstante en ambos grupos (docentes y no docentes) el cumplimiento de la toma regular de PAP resultó sub-óptimo.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación nos muestra que el 52,5% de las mujeres encuestadas son solteras, seguidas de un 29% de mujeres casadas, frente al nivel Escolaridad el 85,5% de las mujeres ha cursado por lo menos una carrera universitaria, siendo el principal cargo desempeñado, el de Docente con una participación del 70,5%.

Dentro de las profesiones se destaca las Empleadas Administrativas con un 25,5%, seguido de un 19% de profesionales en Medicina; dentro de las otras profesiones, están Estudiantes (18%), Investigador (11%), Bioquímica (10,5%), Bióloga (6.5%) y Licenciada en Comunicación Social (1%). Las mujeres encuestadas se encuentran afiliadas a salud, principalmente por Obra social (87,5%).

En la totalidad de la muestra, el 98% de las mujeres refieren que la prueba de Papanicolaou es un examen del cuello uterino, el 92.5% de las mujeres refiere que se toma en el cuello uterino.

En relación a los factores de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino, el 93% refiere que el principal factor de riesgo es el contacto con el virus de papiloma humano, por otra parte el 32,5% de las mujeres identifican como uno de los síntomas más frecuentes al inicio del cáncer de cuello uterino, el sangrado vaginal fuera de la menstruación y un 32.5% refiere que no presenta ningún síntoma.

Por otro lado el 92,14% de las docentes y el 83,33% de las no docentes se practican la toma cada año, situación que es similar a la reportada en un estudio de la ciudad de México en el que estos porcentajes más altos se relacionan con un mayor nivel de información de estos grupos, por recomendación del ginecólogo o por un posible periodo de gestación (39).

Frente al lugar donde recibió la información, se destaca con el 58% el consultorio privado, seguido de un 26.6% otros lugares como la Universidad, Conocimiento general y la televisión, adicionalmente, en relación a quien les proporciono la información, el 72.8% de la mujeres refiere que fue el Ginecólogo, seguido de Otros (11.8%), como profesores y compañeros de trabajo. Se destaca que el 3% de las mujeres que ha recibido información sobre la prueba, fue a través de medios de comunicación y paneles informativos.

Al igual que en otros estudios se evidencia la falta de conocimiento en determinados puntos de interés más específicos frente al tema, lo cual podría

deberse a que durante la capacitación se enfocan mas los aspectos relacionados con la difusión general de la información (40).

Al indagar respecto al ¿Por qué se practicó la prueba? De las 187 mujeres que refirió haberse practica alguna vez la prueba, el 59,5% de las mujeres refieren que por iniciativa propia, sin embargo, el 85.5% de las mujeres encuestadas refiere reclamar siempre los resultados de las pruebas, mientras que las mujeres que refieren no reclamarlas o hacerlo algunas veces, no lo hacen a causa de falta de tiempo, u olvido. Adicionalmente, de las 187 mujeres que se han practica alguna vez la prueba, solo el 74,5% solicito explicaciones sobre el resultado al personal de salud.

El 87,05% de las mujeres docentes tienen conocimientos adecuados acerca de la prueba de Papanicolaou frente a un 80% de las mujeres No docentes, del mismo modo se observa que el 78,14% de las mujeres docentes presenta prácticas adecuadas frente a un 76,33%. Esto es similar a lo reportado en estudios mexicanos en los que las académicas o docentes se realizan más la detección oportuna de cáncer de cuello uterino y cuentan con mayores niveles de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su prevención; mientras que las administrativas o no docentes se realizan menos la detección oportuna de cáncer de cuello uterino y cuentan con menos conocimiento. Mejores niveles de conocimiento se asocian con mayores índices de detección oportuna de cáncer de cuello uterino (13).

El 91,5% del total de las mujeres entrevistadas conocía la utilidad de la prueba, situación que difiere de un estudio mexicano en el que 50% de las mujeres respondió que la prueba servía para detectar alguna alteración en el útero y el 23,5% de las docentes respondió que servía para detectar problemas en la vagina, por lo que se evidencia poca claridad en la eficiencia de la prueba (39).

Tal como se relaciona en otros estudios de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prueba de Papanicolaou, existen dos determinantes que favorecen la detección temprana del cáncer de cuello uterino, los cuales son la educación y el conocimiento, por tanto cuando las mujeres tienen más facilidad para entender la información recibida toma decisiones asertivas en pro de su estado de salud (13) (39) (40).

Este estudio presenta diferencias frente a estudios desarrollados en Colombia, Lima y México, en cuanto al porcentaje de mujeres con conocimientos, actitudes y prácticas adecuados para la toma del Papanicolaou, ya que dichos estudios se desarrollaron en población general que tiene un nivel educativo bajo y evidentes dificultades para el conocimiento y acceso a los programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino (9), (10), (32), (40).

Del mismo modo en un estudio cualitativo desarrollado en el año 2011 por el Ministerio de Salud de la Nación, OPS y UNICEF, se hacen evidentes las diferentes perspectivas de las mujeres Argentinas frente a las diferentes barreras de acceso que impiden el uso efectivo de los programas de Detección de Cáncer Provinciales, dentro de las principales se resaltan dificultades con la comunicación efectiva, consejerías que acompañen todo el proceso y el seguimiento dentro del programa, flexibilidad en los horarios y en los sitios de toma y facilidad para que la atención sea brindada por mujeres, ya que persisten situaciones relacionadas con pudor y vergüenza (41). En el estudio son coincidentes las manifestaciones de las mujeres entrevistadas frente a los horarios y facilidad para la toma y solicitud de los resultados, del mismo modo la dificultad con la claridad en las consejerías y el seguimiento dentro de un programa formalmente establecido.

8.1. Conclusiones Y Recomendaciones Surgidas Del Estudio

De la información obtenida en el presente estudio se puede concluir que a pesar de contar con conocimientos sobre la toma de Papanicolaou existen algunas diferencias en las actitudes, la decisión de la toma de la prueba y la ejecución efectiva del test por parte de las mujeres dependiendo si estas son del grupo de docentes o de no docentes.

A partir de lo cual se recomienda:

- ✚ Fortalecer el ámbito de aplicación del programa provincial de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, ya que, existe población cautiva de mujeres en los distintos sitios de trabajo, las cuales por dificultades de tiempo tienen limitado acceso al conocimiento y a la práctica de la toma del Pap.
- ✚ Fortalecer las estrategias que permitan una toma del Papanicolaou, entrega de resultados y facilidades para el tratamiento en los casos requeridos.
- ✚ Brindar las herramientas necesarias para facilitar el acceso a la toma de Papanicolaou en las instalaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.
- ✚ Garantizar que todas las mujeres trabajadoras puedan asistir regularmente a la toma, y a reclamar los resultados de la prueba.
- ✚ Modificar la estrategia de atención desde el actual (oferta de servicios disponibles a solicitud de los usuarios) a uno pro-activo en el cual sea el

sistema que contacte regularmente a las usuarias para realizar el test. Esta recomendación está basada en que a partir de los resultados de este trabajo se observó que existe la ausencia de controles regulares de toma de PAP aún en las encuestadas que trabajan en los mismos Centros de Salud.

- ✚ Apoyar a las investigaciones tanto de la propia unidad académica como aquellas realizadas por organismos provinciales o nacionales, en pos de permitir una mejoría en el programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino llevado adelante por el Ministerio de Salud Provincial.

9. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Uno de los limitantes del estudio es la imposibilidad de extrapolación de los resultados a la Universidad, ya que la información corresponde sólo a la unidad académica de la misma.

Así mismo se identifica que la estructura del sistema de salud, desde los subsectores público, obras sociales, prepagas y privado, también limitarían la extrapolación de los resultados a los diferentes ámbitos laborales de las mujeres, ya que aunque en la provincia de Buenos Aires los lineamientos del programa son los mismos, cada institución cuentan con cierta autonomía en la implementación del programa de Prevención del Cáncer de Cuello Cérvicouterino y las estrategias del mismo para que las mujeres accedan a las pruebas de tamizaje oportunamente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. ONU SIDA - OIM. Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en relación al VIH y Sida y otras ITS en la población Ngabe - Buglé. [Online].; 2011 [cited 2012 Noviembre 26. Available from: http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unfpa.or.cr%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F104-vih-y-otras-its-en-indigenas-ngaebe-bugle&ei=fFa-UInqCILo8QTW7YGYAg&usq=AFQjCNGyL6-gobgx-dcVoXYXe40O.
2. Instituto Nacional del Cáncer E.E.U.U. Cáncer de Cuello Uterino. [Online].; 2012 [cited 2012 Noviembre 26. Available from: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdid=444973>.
3. UNESCO. Thesauro de la UNESCO. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 23. Available from: [http://databases.unesco.org/thessp/wwwi32.exe/\[in=affiche.in\]/](http://databases.unesco.org/thessp/wwwi32.exe/[in=affiche.in]/).
4. Organización Mundial de la Salud. Cribado y Detección Precoz del Cáncer. [Online].; 2011 [cited 2012 Noviembre 26. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/es/>.
5. Ministerio de Salud Argentino. Presidencia de la Nación. Guía Programática Abreviada para la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino. Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino. [Online].; 2007 [cited 2012 Mayo 16. Available from: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Guia-programatica-abreviada.pdf>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. [Online].; 2004 [cited 2011 Junio 30. Available from: <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=7639>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud - Comunicado de Prensa Cáncer de Cuello Uterino. [Online].; 2008 [cited 2011 Junio 29. Available from: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps080514.htm>.

8. Organización Mundial de la Salud. Control Integral de Cáncer Cervico Uterino. Guía de Prácticas Esenciales. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 20]. Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.
9. Lucumi Cuesta DI, Gómez Guitierrez Lf. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. [Online]. Bogotá: Revista Española de Salud Pública; 2004 [cited 2012 Junio 17]. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000300006&script=sci_arttext.
10. Wiesner Ceballos C, Vejarano Velandia M, Caidedo Mera JC, Tovar Murillo S, Cendales Duarte R. La Citología de Cuello Uterino en Soacha Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. [Online].; 2006 [cited 2012 Mayo 08]. Available from:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42280304>.
11. Urrutia MT, Araya A, Poupin L. ¿ Porqué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa de Cáncer Cervicouterino. [Online].; 2010 [cited 2012 Julio 31]. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art02.pdf>.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy la agenda del mañana. [Online].; 2009 [cited 2011 Junio 29]. Available from:
http://www.who.int/gender/women_health_report/es/index.html.
13. Trejo Amador U, Granados Cosme JA, Ortíz Hernández L, Delgado Sánchez G. Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. 2005; 79(3).
14. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Guía Clínica CÁNCER CERVICOUTERINO. [Online].; 2010 [cited 2012 Diciembre 10]. Available from:
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/720bfefe91e9d2ede04001011f010ff2.pdf>.

15. Organización Mundial de la Salud. Salud de la Mujer, nota descriptiva 334. [Online].; 2009 [cited 2011 Junio 29. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>.
16. Castro Jiménez MÁ, Vera Cala LM, Posso Valencia H. Epidemiología del Cáncer de Cuello Uterino: Estado del Arte. 2006; 57(1).
17. Tejada D, Velasco S. Cáncer de Cuello Uterino: Estado actual de las vacunas frente al Virus de Papiloma Humano - VPH. [Online].; 2007 [cited 2012 Diciembre 21. Available from: [DIESTRO TEJEDA, SERRANO VELASCO, Gómez Pastrana, Nieto, F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano \(http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0378-48352007000200002&lng=es&nrm=iso\)](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0378-48352007000200002&lng=es&nrm=iso).
18. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Revista de Salud Pública de México. 2010 Noviembre - Diciembre; 52(6): p. 544 - 559.
19. Arrossi S. Representación OPS/OMS Argentina. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 12. Available from: http://www.msal.gov.ar/inc/descargas/Publicaciones/Diagnostico_Pub64 OPS.pdf.
20. Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 20. Available from: http://www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos_ccut_cifras.php.
21. Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervico Uterino. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 21. Available from: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/>.
22. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Buenos Aires Provincia - Ministerio de Salud. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 21. Available from: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/regiones.html>.
23. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2007 [cited 2012 Junio 20. Available from:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.

24. Ministerio de Salud Argentino. Presidencia de la Nación. [Online].; 2007 [cited 2012 Mayo 16. Available from: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Guia-programatica-abreviada.pdf>.
25. Amaya J, Restrepo S. [Online].; 2005 [cited 2012 Agosto 02. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342005000100007&script=sci_arttext.
26. Magdaleno D. El conocimiento y práctica de la prueba de papanicolaou. [Online].; 2012 [cited 2013 Mayo 23. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/conocimiento-prueba-papanicolaou-actualidad/>.
27. Gutierrez C, Baez C, Gonzalez E, Prieto A, Witlen R. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. Revista de Salud Pública de México. 2008 Marzo - Abril; 50(2).
28. Solidoro A. Cáncer en el Siglo XXI. Acta Médica Peruana. 2006 Marzo - Abril; 23(2).
29. Novoa RM. Análisis de Coste - Efectividad del Programa de Detección Sistemática del Cáncer Cervical en la Región del Algarve, Portugal. Revista Española de Salud Pública. 2004 Mayo - Junio; 78(3).
30. Growth from knowledge - Consumer Experiences Perú. Growth from knowledge - Consumer Experiences Perú. [Online].; 2013 [cited 2013 Mayo 23. Available from: <http://gfkconecta.com/infraestructura-de-servicios/estudios-sociales/mercadeo-social-diagnostico/estudios-de-base-cap/>.
31. Laza Vásquez C, Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Enfermería Global. 2012 Abril; 1(26).
32. Figueroa Solano N. CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA, EN MUJERES MAYORES DE 15

AÑOS EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO, EN EL BARRIO LAS FLORES; SECTOR CAGUAN, CHIPI Y TAMBOS; DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA. 2010. [Online].; 2011 [cited 2012 Junio 25. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/>.

33. UNICEF - OPS - Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. [Online].; 2011 [cited 2012 Mayo 16. Available from: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/CancerCuelloPAP.pdf>.
34. Ponce M. [Online].; 2008 [cited 2012 Agosto 03. Available from: <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CFwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.iigg.fsoc.uba.ar%2Fsaludypoblacion%2Fviii+jornadas%2Fponencias%2Fponencia-ponce-viiijsyp.doc&ei=-fkbUNSSFqXc0QGetlCoCw&usq=AFQjCNHzCqH0cKvOL87R7Ut8goh4Yuhj>.
35. Htun M. [Online].; 1998 [cited 2012 Agosto 03. Available from: [http://132.248.82.252/pdf/debate8/articulos%20vinculados/Mala%20N%20Htun%20\(1998\).pdf](http://132.248.82.252/pdf/debate8/articulos%20vinculados/Mala%20N%20Htun%20(1998).pdf).
36. Mormandi JO, Sadier E. [Online].; 2001 [cited 2012 Agosto 03. Available from: <http://www.aagop.com.ar/articulos/articulo8.htm>.
37. SANTILLANA. [Online].; 2011 [cited 2012 Agosto 03. Available from: http://geografia-general/tema/geografia-poblacion/conferencias-mundiales-poblacion.html?x=20070417klpgeogra_70.Kes&ap=1.
38. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. [Online].; 2010 [cited 2012 Agosto 06. Available from: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/plan-operativo-reimpresion-junio2010.pdf>.
39. Álvarez Gasca MA, Durán Díaz Á, García Monroy L, Montañó C, Arguero Licea B. Información y Actitudes Relacionadas con el Papanicolaou en Estudiantes de Licenciatura, Mujeres Docentes y Personal Administrativo. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma

de México. 2006 Enero - Marzo; 49(001).

40. Huamaní C, Hurtado Ortega A, Guardia Ricra M, Roca Mendoza J. Conocimientos y Actitudes sobre la Toma de Papanicolaou en Mujeres de Lima, Perú 2007.. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2008 Enero - Marzo; 25(1).
41. Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. UNICEF. OPS. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y la realización del PAP. 1st ed. Nación OMdSdl, editor. Buenos Aires, Argentina: OPS - Ministerio de Salud de la Nación; 2011.

11. ANEXOS

11.1. Instrumento Aplicado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE A LA
TOMA DEL PAPANICOLAOU**

Fecha: Día _____ Mes: _____ año: _____ N° _____

Sede: _____

La información suministrada en esta encuesta es de carácter confidencial y será utilizada sólo con los fines de la investigación.

En las preguntas marque con una X en la casilla correspondiente o diligencie según lo indique la pregunta. Cada pregunta sólo debe tener una respuesta.

DATOS DE LA ENCUESTADA

BLOQUE 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1. Edad _____ en años cumplidos
2. Estado civil: Soltera (1) Casada (2) Viuda (3) Unión Libre (4) Separada (5)
3. ¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad?:
Ninguna (1) Primaria Incompleta (2) Primaria Completa (3)
Secundaria Incompleta (4) Secundaria Completa (5) Técnica (6)
Universitaria Incompleta (7) Universitaria Completa (8) Posgrado (9)
4. Cargo que ocupa en la Universidad: Docente (1) No Docente (2)
5. Profesión u ocupación: Médico (1) Técnico (2) Empleada Administrativa (3)
Empleada Doméstica (4) Otra (4) Cual? _____
6. Afiliación al Sistema de Salud: Obra Social (1) Privada (2) Pública (3)

BLOQUE 2: CONOCIMIENTOS SOBRE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

7. La prueba de Papanicolaou es un:
Examen de sangre (1) Examen del cuello del útero (2) Examen radiológico (3)
Examen médico (4) No sé (5)

8. La prueba de Papanicolaou se toma en:
Cuello de útero (1) Vagina (2) Ovarios (3) Útero (4) No sé (5)

9. ¿La prueba de Papanicolaou sirve para? :
Detectar el cáncer de cuello uterino (1) Detectar cáncer de ovario (2)
Detectar cáncer en la vagina (3) Detectar infecciones vaginales (4) No sé (5)

10.Cuál es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino?
La mala alimentación (1) El consumo de bebidas alcohólicas (2)
El consumo de cigarrillo (3) Contacto con el virus de papiloma humano (4)
No sé (5)

11. Cuál de los siguientes síntomas es el más frecuente al inicio del cáncer de cuello uterino?
Sangrado vaginal fuera de la menstruación (1) Dolor vaginal (2) Flujo vaginal (3)
No presenta ningún síntoma (4) No sé (5)

12. Ha recibido información acerca de la toma del Papanicolaou?
NO (0) SI (1)

13. En qué lugar recibió la información?
Obra social (1) Hospital (2) Consultorio privado (3) Lugar de Trabajo (4)
Otros (5), Cuáles? _____

14. Quien le proporcionó la información?
Amigos (1) Familiares (2) Obstetra (3) Ginecólogo (4)
Medios de comunicación (5) Paneles informativos (6) Otros (7),
Cuáles? _____

15. Con que Frecuencia se debe realizar el examen de Papanicolaou?:
Mensual (1) Cada seis meses (2) Cada año (3) Entre dos y tres años (4)
Sólo cuando una mujer se siente enferma (5) No sé (6)

16. Que personas deben tomarse la prueba de Papanicolaou?
Todas las mujeres que se sienten enfermas (1) Hombres y mujeres en edad reproductiva (2)
Mujeres que han iniciado relaciones sexuales (3) No sé (4)

BLOQUE III: ACTITUDES FRENTE A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

17. ¿Ha solicitado que le realicen el examen de Papanicolaou en los últimos 3 años?:
NO (0) SI (1)

18. Ya tiene planeado cuando se va a tomar el Papanicolaou? :
NO (0) SI (1)

19. ¿Porque considera que debe hacerse la prueba de Papanicolaou en un periodo de tiempo determinado?

Es necesario que uno conozca su estado de salud (1) Permite detectar el cáncer a tiempo (2) Permite prevenir enfermedades (3) Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita (4) No sé (5)

20. Cuando una mujer debe iniciar a realizarse el examen de Papanicolaou?

Al iniciar la vida sexual (1) Tres años después de iniciar relaciones sexuales (2) Durante el primer embarazo (3) Cuando siente dolores en la parte baja del abdomen (4) Cuando se inicia la menstruación (5) No sé (6)

BLOQUE IV: PRACTICAS FRENTE A LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

21. Se ha practicado alguna vez la prueba de Papanicolaou:
NO (0) SI (1)

22. ¿Con que frecuencia se la ha practicado la toma?

Anual (1) Cada seis meses (2) Cada tres años (3) Ocasionalmente (4) Nunca (5)

Si su respuesta es NUNCA no continúe diligenciando la encuesta.

23. ¿Por qué se la practicó?: Por indicación médica (1) Por iniciativa propia (2) Por sugerencia de un tercero (3)

24. Usted reclamó los resultados de sus Papanicolaou?:

Nunca (1) Algunas veces (2) Siempre (3)

25. Si usted alguna vez **NO** reclamo los resultados de su Papanicolaou, señale la razón principal por la que no lo hizo:

Por falta de tiempo (1) Por vergüenza (2) Por miedo a que me diagnosticaran cáncer (3) Olvidé reclamarlos (4) No me pareció importante (5) Todavía no habían salido los resultados (6)

26. ¿Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al personal de salud?:

NO (0) SI (1)

¡GRACIAS POR SU INFORMACIÓN!