

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES PSICOLÓGICOS DETERMINANTES EN LA**  
**TOMA DE PAPANICOLAOU. CENTRO DE SALUD**  
**PACHACÚTEC. CAJAMARCA. 2015**

Presentado por la bachiller:

Bustamante Manosalva, Leyla Janina

Para optar el título de:

**OBSTETRA**

CAJAMARCA – PERÚ, 2016



Copyright © by  
Leyla Janina Bustamante Manosalva  
Derechos reservados

### **ESTE TRABAJO SE DEDICA A:**

Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Los amo con mi vida.

***Leyla***

### **SE AGRADECE A:**

Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora;

La Universidad Nacional de Cajamarca que abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos y formándonos como personas de bien

Cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE Horacio, mi MADRE, Luzvinda y a mis hermanos porque siempre me dieron su fuerza y apoyo incondicional para llegar hasta donde estoy ahora.

Mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza

Mi Asesora de tesis quién me ayudó en todo momento, la Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado.

***Leyla***

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	vii
<b>RESUMEN</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1. Antecedentes	7
2.2. Teorías sobre el tema	9
2.3. Glosario de términos	17
2.4. Hipótesis	18
2.5. Variables	18
2.6. Conceptualización y operacionalización de variables	19
<b>CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>20</b>
3.1. Diseño y tipo de estudio	20
3.2. Área de estudio y población	20
3.3. Muestra	21
3.4. Unidad de análisis	22
3.5. Criterios de inclusión	22
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22

3.7.	Criterios éticos	23
3.8.	Procesamiento y análisis de datos	24
3.9.	Control de calidad de datos	25
	<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>25</b>
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>41</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

pág.

<b>Tabla 01:</b> Toma de Papanicolaou, según edad en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015	22
<b>Tabla 02:</b> Toma de Papanicolaou, según grado de instrucción en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015	24
<b>Tabla 03:</b> Toma de Papanicolaou, según estado civil en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015	26
<b>Tabla 04:</b> Toma de Papanicolaou, según procedencia en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015	27
<b>Tabla 05:</b> Factores psicológicos, en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015	28
<b>Tabla 06:</b> Nivel de autoestima de las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015	31
<b>Tabla 07:</b> Desinterés en la prueba, de las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015	32
<b>Tabla 08:</b> Miedo a tener cáncer de las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015	33
<b>Tabla 09:</b> Falta de conocimiento sobre el Papanicolaou en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015	34
<b>Tabla 10:</b> Miedo a la muerte en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015.	36



## RESUMEN

El cáncer cérvicouterino es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una infección viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa pre invasora y de una evolución lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. La citología cervical (Papanicolaou), es el método más eficaz y de bajo costo, y su objetivo es determinar la presencia y extensión de células anormales. El presente estudio de tipo descriptivo, correlacional cuyo diseño es no experimental y de corte transversal, tiene como objetivo determinar y analizar los factores psicológicos determinantes en la toma de Papanicolaou en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. El estudio se realizó en una muestra de 108 mujeres usuarias de dicho establecimiento. Entre los resultados se pudo obtener que la mayoría de mujeres perteneció al grupo etáreo de 25-29 años (25%); tienen primaria completa (22,2%), son convivientes (71,3%) y procedentes de la zona urbana (61,1%). Dentro de los factores psicológicos se determinó que la mayoría tiene un nivel de autoestima normal (88,0%), hubo desinterés por la prueba (23,1%); tuvieron miedo (10,2%), se observó conocimiento sobre el Papanicolaou (7,4%); presentaron miedo a la muerte (58,3%) y no tuvieron vergüenza en el 100%. Se determinó que los factores psicológicos que determinan la toma de Papanicolaou son el desinterés y el conocimiento de la prueba según la relación establecidas entre variables con una alta significancia estadística ( $p < 0,000$ ) y ( $p < 0,002$ ), respectivamente.

**Palabras clave:** factores psicológicos, determinantes, Papanicolaou.

## ABSTRACT

Cervical cancer is the result of a dynamic process that begins, probably from a viral infection, coupled with risk factors, undergoing a pre-invasive stage and a slow evolution, allowing diagnose and appropriately treat this condition. Cervical cytology (Pap), it is the most effective and inexpensive method, and aims to determine the presence and extent of abnormal cells. This study descriptive, correlational whose design is not experimental and cross-sectional, aimed to identify and analyze the determinants psychological factors in making Papanicolaou in users treated at the Health Center Pachacutec. The study was conducted on a sample of 108 women using this establishment. Among the results could be obtained that most women belonged to the age group of 25-29 years in 25%; They have completed primary (22.2%), cohabiting (71.3%) and from the urban area (61.1%). Among the psychological factors was determined that most have a normal level of self-esteem (88.0%), there was lack of interest in the test (23.1%); They were afraid (10.2%), Lack of Knowledge About the Pap Observed (7.4%) was observed; They presented fear of death (58.3%) and had no shame in 100%. It was determined that psychological factors that determine Pap are taking selflessness and lack of knowledge according to the relationship established between variables with high statistical significance ( $p < 0.000$ ) and ( $p < 0.002$ ), respectively.

Keywords: psychological determinants, Papanicolaou factors.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico uterino (CaCu), es una enfermedad crónica, agresiva, que debe ser tratada como tal, dicha enfermedad no solo lesiona a la mujer en lo físico, lo biológico, económico, psicológico y espiritual, sino también en su entorno familiar, en la relación con su pareja (1). Desde hace muchos años la lucha contra el CaCu se ha centrado en medidas de prevención y diagnóstico oportuno. Esta patología cuenta con una técnica de tamizaje poblacional para su detección en estadios tempranos, con efectividad y eficiencia demostradas: el examen de citología cervical exfoliativa (Papanicolaou) (2). Los beneficios de la prueba de Papanicolaou (PAP) han sido bien documentados a nivel mundial y nacional, por su alta sensibilidad y especificidad, de un 84,4% y 72,9% respectivamente (3)

Aunque el tamizaje regular con el Papanicolaou ha sido comprobado como una estrategia efectiva de prevención de cáncer cervical, todavía existen mujeres que no recurren rutinariamente a este examen; razón por la que se realizó la presente investigación cuyo objetivo fue Determinar y analizar los factores psicológicos determinantes en la toma de Papanicolaou en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.

Entre los resultados encontrados fueron que las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, en su mayoría, pertenecieron al grupo etáreo de 25-29 años; tienen primaria completa, son convivientes y proceden de la zona urbana. Se determinó que el mayor porcentaje de usuarias tuvo un nivel de autoestima normal, no prevaleció en ellas el desinterés, ni el miedo, tampoco el conocimiento de la prueba ni la vergüenza.

Finalmente se determinó también que los factores psicológicos que determinan la toma de Papanicolaou son el desinterés ( $p < 0,000$ ) y el conocimiento de la prueba ( $p > 0.002$ ), establecidos de acuerdo al grado de relación entre variable.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

**CAPÍTULO I**, Correspondiente al planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

**CAPÍTULO II**, pertenece a este capítulo los antecedentes, las teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables.

**CAPÍTULO III**, en donde se encuentra todo lo relacionado al diseño metodológico.

**CAPÍTULO IV**, comprende el análisis y discusión de los resultados.

Finalmente se encuentran las conclusiones, las recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

Este tipo de investigación y es fuente de futuras investigaciones, no se tubo perdida de sujetos durante el estudio ya que no hubo seguimiento de un estudio inicial y porque los datos se recogen solamente una vez se debe de considerar que en el futuro los datos de una nueva investigación podrían variar.

***La autora***

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en 2008 más de 6 millones de casos de cáncer en mujeres; el 57,2% de esos casos ocurrió en países menos desarrollados, siendo el cáncer cérvico uterino el más común (4), el mismo que constituye un problema de salud pública y salud reproductiva de la mujer, ya que ocupa el segundo lugar de cánceres más comunes en el mundo y es la principal causa de muerte, por cáncer, entre las mujeres mayores de 25 años en países en desarrollo (5). En los países de América Latina, el CaCu es el segundo cáncer más común en mujeres. Los países con tasas de incidencia mayores de 30 x 100 mil mujeres son Guyana (44,7), Nicaragua (39,9), Honduras (37,8), El Salvador (37,2 x 100 mil), Bolivia (36,4), Paraguay (35,0), Perú (34,5), Venezuela (31,4) y Guatemala (30,5). Solo Chile y Puerto Rico presentan tasas menores de 15 x 100 mil mujeres (14,4 y 7,5, respectivamente) (4). La Organización Mundial de la Salud sostiene que si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030 y la Organización Panamericana de la Salud indica que las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud (6).

En Perú, el cáncer cérvico uterino representa la segunda causa de muerte en el grupo de cánceres y, según el registro de cáncer de Lima Metropolitana en el periodo 2004-2005 la tasa de incidencia de esta enfermedad era de 19,2 x 100 000 mujeres, mientras que los registros poblacionales de cáncer de Trujillo y Arequipa corresponden a tasas de 52,4 y 35,2 respectivamente (7).

El cáncer cérvicouterino es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una infección viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa pre invasora. Este proceso es asintomático y de una evolución lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta un cáncer

invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana, interrumpir el curso de la enfermedad. La citología cervical (Papanicolaou), es el método más eficaz y de bajo costo, y su objetivo es determinar la presencia y extensión de células anormales. Este examen debe realizarse a toda mujer que haya iniciado vida sexual (5).

En países desarrollados con amplia cobertura de PAP se ha logrado disminuir significativamente la incidencia de cáncer cérvicouterino. En los países en vías de desarrollo, los valores aún son insuficientes: en Paraguay, la tasa estimada de cobertura del PAP es de 9,9%; en Colombia, la cobertura en mujeres de entre 25 y 69 años oscila en torno al 76,5%.<sup>2</sup>; en Argentina, era del 51,2% en 2005 y en el Perú, varía del 7 al 42% (2); sin embargo a pesar de los beneficios reconocidos de la prueba de Papanicolaou y de ser un estudio que viene realizándose desde hace muchos años, no todas las mujeres aprovechan este recurso por múltiples factores, sociales, culturales o psicológicos, como el miedo al mismo cáncer, miedo a la muerte, entre otros.

El miedo, la vergüenza a la exposición de los genitales u otros factores psicológicos, son emociones negativas, pero que produce, a veces, consecuencias positivas, sin embargo en el caso de la prevención del cáncer de cérvix, trae consecuencias negativas, ya que impiden que la mujer acceda a una toma de Papanicolaou, a pesar de que es una prueba que permite detectar precozmente un cáncer de cérvix uterino, para lograr un tratamiento oportuno y con ello la preservación de la vida de una mujer.

En la región de Cajamarca, el escenario no es diferente, a pesar de que la incidencia del cáncer cérvico uterino es elevada; muchas mujeres se rehúsan a la toma de Papanicolaou, por vergüenza a la exposición genital, temor a los resultados y a la muerte, escaso conocimiento de esta prueba, entre otros; razón por la cual se decidió realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar cuáles son los principales factores psicológicos que determinan la toma del Papanicolaou en usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, durante el año 2015.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existen factores psicológicos que determinan la toma de Papanicolaou en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, 2015?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar y analizar los factores psicológicos determinantes en la toma de Papanicolaou en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca.2015

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar algunas características sociodemográficas de las usuarias de la muestra.
2. Establecer algunos factores psicológicos de las usuarias de la muestra.
3. Analizar los factores psicológicos que determinan la toma de Papanicolaou.

## **1.4. Justificación**

El cáncer cervicouterino (CaCU) ocupa el tercer lugar de las neoplasias malignas que afectan a la mujer, con un número estimado de 530 000 casos nuevos, es multicausal y obedece a la asociación de diferentes factores de riesgo. El principal de ellos es la infección por virus de papiloma humano (VPH), que actúa como una causa necesaria pero no suficiente. Sin embargo, el CaCu es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se lleva a cabo un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas (8). Es factible salvar más de 150 mil vidas al 2030, si las medidas de control se aplican con oportunidad; siendo una prueba importante el Papanicolaou; sin embargo muchas mujeres se rehúsan a la práctica de esta prueba. Existen varias investigaciones que informan las causas, entre ellas, los factores psicológicos de las mujeres como el miedo, la vergüenza, el poco conocimiento de la prueba de Papanicolaou entre otros.

En el Centro de Salud Pachacútec la realidad no es diferente; muchas mujeres que acuden a consulta, ya sea al control prenatal o a otro tipo de atención, no muestran

interés por la toma de Papanicolaou; incluso, muchas de ellas, nunca se han realizado ni una sola prueba en toda su vida, a pesar de que teóricamente es una prueba sencilla, de bajo costo y permite detectar tempranamente estados de precáncer, los que pueden ser tratados oportunamente disminuyendo la morbimortalidad de las mujeres.

Desde esta perspectiva, surgió la idea de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar y analizar los factores psicológicos determinantes en la toma de Papanicolaou en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, considerando que la vida de una mujer es muy importante como pilar fundamental de una y por ende se la debe proteger permanentemente. Los resultados obtenidos pueden contribuir a replantear estrategias de intervención oportunistas en los servicios de salud que permitan incrementar la cobertura de la toma de Papanicolaou, sobre todo en las mujeres que tienen factores de riesgo de sufrir cáncer cérvico uterino, los beneficiados serán el sistema de salud por la reducción en los costes que trae consigo el tratamiento de un cáncer, la familia quien podrá contar con una madre, esposa, hija, sanas y la sociedad en general.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Sánchez, M. (Bolivia, 2010)**, en su estudio cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en la baja afluencia para la realización de PAP en mujeres en edad fértil, encontró que, el gran porcentaje de la población en estudio fueron mujeres entre 24-34 años representando el 36% con estado civil conviviente. El 39% cursó hasta secundaria. El 89% de las mujeres del estudio no tiene conocimiento sobre el cáncer cérvico uterino el 11% si conoce. Un 78% no conoce qué es el PAP y un 12% si lo tiene (9).

**Barrientos J y cols. (El Salvador, 2012)**, realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores socioculturales y económicos que influyen en la no realización de la citología en la población femenina en la Comunidad Los Héroes y observaron cómo resultados que, más del 50 % de las mujeres no tienen vergüenza de asistir a la toma de la citología. Identificaron que un 56 % de la población considera que la toma de citología solamente se realiza al estar casada (10).

**León S, Calli R. (Argentina, 2013)**, plantearon en su estudio como objetivo, estimar la relación que tiene la realización de PAP, por un lado, con los factores sociodemográficos y, por el otro, con la mortalidad por CACU, determinando que el 2,19% no tenía instrucción, el 51% presentaba una unión estable. Un 60,5% del total dijo que se había realizado Papanicolaou en los dos años previos. En el grupo de mujeres sin instrucción, la falta de realización de Papanicolaou alcanzó el 74% y la probabilidad de no efectuar el examen fue tres veces mayor que la de la población con instrucción. En lo que respecta a las mujeres sin unión estable, el 51% no se había sometido al examen en los dos años previos y la chance de no efectuarlo duplicaba a la de la población con unión estable (2).

**Polo E (Colombia, 2014)**, en su estudio tuvo como objetivo general, determinar los factores de tipo personal asociados en la decisión de realizarse la prueba de la

citología de cuello uterino, en mujeres usuarias de Instituciones Prestadoras de Salud, públicas municipales y de comunidades de la comuna 8 y 9 de Sincelejo, 2013-2014, obteniendo como resultados que la mayoría de las mujeres se realiza la citología por voluntad propia en un 80% y tienen conocimientos adecuados sobre ésta y la enfermedad que previene. La disponibilidad de tiempo es un factor cultural que se constituye en una barrera para la realización de la citología en un 95%. Tanto en las mujeres que se realizan la citología como en las que no se la realizan, estuvieron presentes, como barreras, de tipo psicológico, sentimientos como angustia por conocer los resultados en un 63% y 49%; temor en un 48% y 49%; miedo en un 41% y 54%; y la pena o vergüenza en un 42% y 46%, respectivamente (11).

**Camey, C. (México, 2015)**, planteándose como objetivo general, determinar los factores que influyen a la renuencia para realizarse el examen de Papanicolaou en mujeres de 18 a 54 años de la Jurisdicción de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, encontró como resultados que el mayor porcentaje (45%) de mujeres, que asisten al centro de convergencia, oscilan entre los 21 a 30 años; en segundo lugar, están las usuarias de 18 a 20 años de edad ocupando un 38%, El 45% nunca se ha realizado el examen de Papanicolaou en su vida, por distintas razones desde no tener tiempo, o que su pareja no les da permiso y que a la vez las entrevistadas no están realmente seguras de que el Papanicolaou va a ser de beneficio para su salud (5).

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Huamaní, Ch y cols. (Lima, 2008)**, en su estudio tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil de Lima, Perú. Encontraron como resultados que el 46% de mujeres, en su estudio, fueron solteras, y el 93% tenía un nivel de instrucción secundario a superior; Sobre el conocimiento del PAP encontraron que el 64,8% sabía en qué consistía la toma de PAP y el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de PAP (12).

**Medrano, M. (Lima, 2015)**, en su estudio planteó como objetivo determinar los principales factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou en el Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini durante el año 2014. Determinó que del total de usuarias encuestadas, el 62% tienen la decisión de realizarse el examen de Papanicolaou y el 38% decide no realizarse este examen. El 53,5% de usuarias que deciden tomarse la prueba de Papanicolaou

y el 30,9% de usuarias que no deciden realizarse esta prueba tienen edades comprendidas entre 20 a 29 años, evidenciándose relación significativa entre las edades de 20-29 años y la decisión para realizarse el examen de Papanicolaou ( $p=0.001$ ). Por otro lado, el tener ocupación estudiante ( $p=0.044$ ) y el ser trabajadora dependiente ( $p=0.001$ ), se relaciona significativamente con la decisión de toma de Papanicolaou. Al respecto del temor, la vergüenza ( $p=0.016$ ), el olvido para realizarse el examen ( $p<0.001$ ), la pereza para hacerse el examen ( $p<0.001$ ) se relaciona significativamente con la decisión para no tomarse el examen de Papanicolaou por parte de la usuarias. Por último, el nivel de autoestima no se relaciona con la toma de Papanicolaou ( $p=0.398$ ) (13).

## **2.2. Teoría sobre el tema**

### **2.2.1. Papanicolaou**

#### **2.2.1.1. Definición**

La prueba de Papanicolaou conocida también como citología cérvicouterina (CCU), es un estudio que consiste en la toma para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina.

La CCU se utiliza para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras del cáncer de cérvix y significa un avance en la prevención de este tipo de cáncer. Se ha demostrado que la realización periódica de esta prueba reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia. A largo plazo, el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas tienen un menor costo y mayor beneficio comparado con el tratamiento médico-quirúrgico de los carcinomas de cérvix.

Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo) (14).

#### **2.2.1.2. Técnica para la obtención de la muestra**

Paciente en posición ginecológica, contar con una adecuada fuente lumínica que permita visualizar adecuadamente el conducto vaginal y el cuello. Utilización de

guantes en ambas manos (eliminando el exceso de talco) y pechera plástica. Colocación del espéculo vaginal “sin LUBRICANTE”, si es necesario lubricar se puede utilizar agua destilada o solución salina.

El paso más importante para un buen examen es “visualizar” el cuello y el orificio exocervical. Una vez visualizado se puede eliminar el exceso de moco, exudados purulentos o sangre de la superficie del cuello “sin raspar”, mediante toques aplicados con una tórula de algodón humedecida en agua destilada o solución salina antes de tomar la muestra.

### ***Toma con la “Espátula de Ayre”***

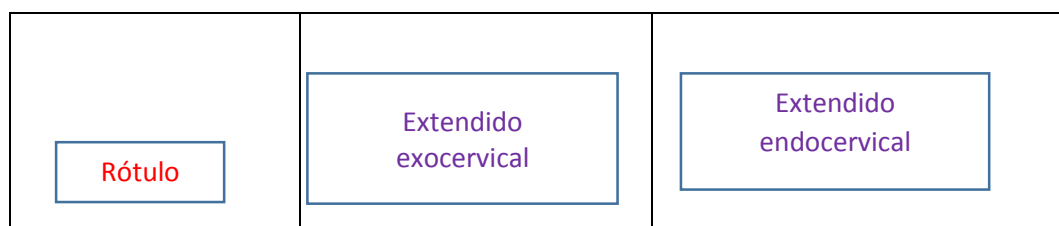
La muestra del cuello uterino con la espátula de Ayre modificada, se realiza en dos partes:

- Muestra Exocervical: con el extremo ondeado de la espátula apoyado sobre el orificio externo, girando en 360° con presión ligera sobre el cuello.
- Muestra Endocervical: Puede ser obtenida con el “citobrush” o el extremo en punta de la espátula de Ayre. • El “citobrush” se introduce lentamente por el orificio cervical hasta alcanzar con suavidad la mayor profundidad posible, luego se hace girar dentro del canal endocervical 90° una vez (no es necesario girar en 360°). • La espátula de Ayre se introduce de igual manera (con el extremo en punta) luego se hace girar en 360° (se recomienda girar solo una vez, de izquierda a derecha). Girar demasiadas veces podría provocar sangrado y contaminar la muestra. La muestra obtenida debe ser transferida de forma inmediata al portaobjetos (lámina de vidrio).

### ***Extendido de la muestra***

La lámina puede dividirse en forma teórica de la siguiente forma:

- La más pequeña, corresponde a la zona esmerilada (para la rotulación).
- La segunda o central es utilizada para el extendido de la muestra exocervical.
- La tercera (opuesto al esmeril), para el extendido endocervical.



El extendido debe hacerse en forma uniforme y delgado evitando la superposición celular, con el fin de obtener una película delgada, que permita una fijación adecuada. El paso de la espátula de Ayre sobre la lámina debe hacerse una sola vez en forma continua.

### **2.2.1.3. Técnica de Fijación de la muestra citológica**

La fijación es un proceso indispensable para obtener una muestra de buena calidad, es utilizado para preservar las células. La desecación de las muestras ocurre a los pocos segundos de tomada la muestra, por eso es imprescindible fijar de forma inmediata después de hacer los extendidos. Lo más común es la fijación con fijador citológico en aerosol, para este caso se debe colocar la lámina de muestra a una distancia de 30 cm del instrumento de fijación con la intención de crear una película protectora de las células, homogénea y delgada (el fijador debe ser removido químicamente en el laboratorio de patología para el posterior estudio). NO utilizar laca de pelo (no es fijador citológico). Evite el contacto entre varias láminas fijadas por riesgo de adherencia y transferencia de material de estudio. Las láminas fijadas NO requieren condiciones especiales de conservación (solo protección de polvo, humedad y físico) (15).

### **2.2.1.4. Clasificación del Papanicolaou**

- I No evidencia de malignidad, no células atípicas.
- II Células atípicas sin evidencia de malignidad.
- III Células atípicas sospechosas para malignidad.
- IV Bastante evidencia de neoplasia maligna (16).

### **2.2.1.5. Resultados de citología de acuerdo con el sistema de clasificación Bethesda**

- **Calidad de la muestra**

#### **Adecuada**

1. presencia de células de la zona de transformación.

2. Ausencia de células de la zona de transformación.
3. 50-75% de hemorragia, inflamación, necrosis y/o artificios

### **Inadecuada**

1. Por artificios, inflamación, hemorragia y/o necrosis en más del 75% del extendido.
2. Información clínica insuficiente.
3. Laminillas rotas o mal identificadas, otros.

### **Interpretación /resultados**

Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno

#### 1. Organismos:

- *Trichomonas vaginalis*
- Microorganismos micóticos, morfológicamente compatibles con *Candida sp.*
- Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana
- Microorganismos morfológicamente compatibles con *Actinomyces sp*
- Cambios celulares compatibles con infección por virus del herpes simple.

#### 2. Cambios celulares reactivos asociados a:

- Inflamación (incluye reparación atípica)
- Radioterapia
- Dispositivo intrauterino
- Células glandulares post – histerectomía
- Atrofia

#### Anormalidades en epitelio plano/escamoso

- Anormalidades en el epitelio plano (ASC)  
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)  
Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
- Lesión intraepitelial de bajo grado (VPH, displasia leve, NIC I)
- Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ, NIC2, NIC3).
- Carcinoma epidermoide

#### Anormalidades en epitelio glandular

- Células glandulares endocervicales atípicas (AGC).

- Células glandulares endometriales atípicas
- Células glandulares atípicas
- Adenocarcinoma *in situ*
- Adenocarcinoma (17)

## **2.2.2. Factores psicológicos determinantes en la toma de Papanicolaou**

### **2.2.2.1. Nivel de autoestima**

La autoestima es la valoración que el individuo realiza de sí mismo, basada en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que ha ido recogiendo en el transcurso de su vida. Es el valor individual que cada uno tiene de sí mismo: respetarse, aceptarse, valorarse y creer en sí mismo.

Las impresiones, evaluaciones y experiencias se pueden agrupar en un sentimiento positivo hacia sí mismos (nivel de autoestima alta) o por el contrario, en una incómoda sensación de no ser lo que esperaba (nivel de autoestima baja). Esta valoración no es estática o permanente, se modifica durante toda la vida, como resultado de las nuevas experiencias de interacción con el mundo físico y social (18).

- **Niveles de autoestima**

- Nivel de autoestima baja
- Nivel de autoestima normal
- Nivel de autoestima alta (18).

### **2.2.2.2. Desinterés**

Etimológicamente procede del prefijo “des” privativo y del sustantivo “interés” con ella del latín “interesse”. Este término se refiere por la falta o carencia de interés. Distanciamiento, indiferencia, desapego, desentendimiento, distanciamiento de todo provecho personal, remoto o próximo.

Basáez ( 2912) sostiene que en la actualidad se ha observado un incremento de las exigencias a todo nivel en un marco de múltiples exigencias cotidianas, y por ende las

personas están sometidas a una gran presión laboral que conlleva a un enorme despreocupación hacia sí mismos, lo que se ha visto reflejado en problemas de salud mental, sedentarismo, alimentación inadecuada, obesidad, enfermedades crónicas y desinterés por exámenes preventivos (como ESPA, PAP), etc (19).

Longinos Los avances tecnológicos y los grandes presupuestos, nunca serán suficientes en ningún hospital del mundo si las personas no asumen la responsabilidad que les corresponde respecto al cuidado de su salud, en caso particular, a las mujeres se realizarse exámenes de detección oportuna de cáncer de cérvix uterino mediante la toma de Papanicolaou (20).

### **2.2.2.3. Miedo**

El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasas. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o amenaza. También la definen como el conjunto de sensaciones, normalmente desagradables, que se ponen en marcha ante peligros que se viven como reales, originando respuestas de tipo defensivo o protector. Estas respuestas se manifiestan en un conjunto de reacciones fisiológicas, motoras-comportamentales y manifestaciones cognitivo-subjetivas (21).

- ***Reacciones fisiológicas***

Las reacciones fisiológicas son independientes de la edad y están provocadas por una serie de cambios bioquímicos, principalmente descarga de catecolaminas —la más conocida es la adrenalina—, de noradrenalina, epinefrina y otras sustancias. Estos cambios desencadenan la denominada «tormenta vegetativa» que consiste en un conjunto de síntomas como taquicardia, tensión muscular, temblores, sudoración, palidez, sequedad de garganta y boca, sensación de náusea en el estómago, urgencia de orinar y defecar, respiración rápida, dificultades para respirar... Estas manifestaciones pueden vivirse con mayor o menor intensidad y predominando unas u otras, según los individuos y las situaciones. Toda esta «tormenta» va dirigida a preparar al organismo para luchar contra el peligro si valora que puede enfrentarse con él, o para huir si evalúa que le sobrepasa; la taquicardia supone un bombeo más rápido del corazón para irrigar mejor los músculos, la respiración es más rápida para disponer de más oxígeno, la palidez supone que la sangre va principalmente hacia los músculos con el fin de aumentar la fuerza muscular y de perder menos sangre en caso



de heridas, el organismo suspende algunas funciones que no son absolutamente necesarias con el fin de ahorrar energía (21).

- ***Reacciones motoras-comportamentales:***

Los patrones de conducta reactivos ante el miedo presentan a veces un marcado contraste: Puede darse una tendencia a petrificarse o enmudecer que, en formas extremas, puede llegar a la muerte fingida o aparente, o por el contrario puede haber una huida desesperada, gritos y agitación motriz. Este último patrón de conducta puede presentarse como primera reacción o inmediatamente después del anterior. Los estudios etológicos sobre el comportamiento animal ante el miedo, han permitido además diferenciar otros dos patrones reactivos: La defensa agresiva, más frecuente en animales jóvenes y la desviación del ataque a través de conductas de sumisión e incluso conductas de tipo sexual o infantil. Manifestaciones cognitivas Son pensamientos y sentimientos subjetivos internos, variables según los sujetos y las formas diferentes de valorar y percibir el miedo (21).

El miedo puede superarse mediante el acceso a información. Es importante explicar a las mujeres que un resultado anormal no significa cáncer, y hacer hincapié en la potencialidad del estudio para detectar a tiempo la lesión, y evitar el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, es importante brindar a los profesionales herramientas específicas de comunicación, para transmitir los resultados a las mujeres sin generar miedo o ansiedad. Los dispositivos de consejería suelen ser espacios propicios para brindar información completa en un marco de contención y tranquilidad, que permita reducir los posibles efectos psicológicos negativos de un resultado anormal, y facilitar la adherencia al seguimiento y tratamiento (22).

#### **2.2.2.4. Conocimiento sobre el Papanicolaou**

La falta de conocimiento es lo contrario a lo que es conocimiento el cual según la Real Academia de la Lengua Española es la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (23).

El conocimiento, 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 a una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos, 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 (24).

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, sobre todo en la salud preventivo promocional. Una teoría es que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud, en el caso del presente estudio se requiere de cierto conocimiento sobre el Papanicolaou para que las mujeres accedan a la realización de dicho examen (25).

#### **2.2.2.5. Temor a la muerte**

El miedo a la muerte no es una emoción única, sino un abanico complejo de temores que dan cuenta de su carácter multidimensional (unidimensional), el cual queda reflejado en la diversidad de escalas que han sido desarrolladas para su medida (26).

El Miedo a la muerte se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia, sobre todo cuando la mujer tiene hijos pequeños. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte. La Evitación ante la muerte se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma, razón por la que las mujeres que sienten este temor se niegan al examen de Papanicolaou (27).

La Aceptación neutral definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene (27).

- ***Componentes del miedo:***

Los componentes del miedo a la muerte han sido diversos a través del tiempo y han estado ligados a los motivos principales a los que se ha atribuido dicho miedo:

- El sentido de pérdida de sí mismo
- Lo que resulta desconocido después de la muerte
- El dolor y el sufrimiento
- El miedo a la muerte prematura.

- La oportunidad perdida para la expiación y la salvación (28).

El temor a la muerte por cáncer, puede explicarse porque esta enfermedad constituye un grave problema para la salud y genera gran impacto psicológico (29).

### **2.2.2.7. Vergüenza**

La vergüenza asociada al examen ginecológico es un elemento que amerita especial atención. Diversos estudios han mostrado que una barrera para la realización del tamizaje es la vergüenza a la exposición del cuerpo, sobre todo cuando falta privacidad o cuando el que toma la muestra para el Papanicolaou es un varón. A diferencia de otras instancias de atención de salud como la atención del embarazo y el parto, en las que el examen pélvico tiene una connotación positiva en relación al bienestar del futuro hijo, en el tamizaje cervicouterino la vergüenza, el pudor y las incomodidades propias del examen ginecológico cobran mayor fuerza, favoreciendo la postergación o la no realización (22).

La vergüenza que las mujeres pudieran sentir puede contrarrestarse por medio de la oferta de servicios que aseguren privacidad y ofrezcan comodidad y seguridad a las mujeres en el momento de la toma del PAP. El trato cordial, la empatía, la capacidad de escucha y el respeto son condiciones fundamentales para que las mujeres no se sientan expulsadas de los servicios de salud. Asimismo, ante la evidencia de que el sexo del tomador de PAP condiciona fuertemente la voluntad de realizarse el examen, la disponibilidad de profesionales mujeres para la toma del PAP (médicas, obstétricas, enfermeras) podría ayudar reducir el pudor y permitir un mayor acceso de las mujeres al PAP (22).

## **2.3. Marco conceptual**

**Cáncer cérvico uterino (CaCu).** Es el cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina (26).

**Factor psicológico.** Es un elemento, relativo a la psique y la psicología, que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios, que se originen en una persona (30).

**Determinante.** Es un elemento que constituye la causa que determina o decide algo que se considera importante (30).

**Prueba de Papanicolaou (PAP).** También llamada citología exfoliativa o citología vaginal, es la prueba de detección principal para el cáncer de cuello uterino y los cambios precancerosos (31).

**Nivel de autoestima (NA).** Es la valoración que el individuo realiza de sí mismo (18).

**Desinterés.** Falta o carencia de interés (19).

**Miedo.** Emoción caracterizada por un intenso sentimiento, habitualmente, desagradable (21).

**Conocimiento de la prueba de Papanicolaou.** Dícese cuando una persona conoce o desconoce la importancia de la prueba del PAP.

**Miedo a la muerte.** Estado de tensión incrementada ante la posibilidad de morir (26).

**Vergüenza.** Estimación de la propia honra o dignidad (9).

## **2.4. Hipótesis**

Algunos factores psicológicos estarían determinando la toma de Papanicolaou en las usuarias atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca 2015.

## **2.3. Variable**

### **2.3.1. Variable independiente**

Factores psicológicos

### **2.3.2. Variable dependiente**

Toma de Papanicolaou

## 2.5 Conceptualización y operacionalización de variables

Tipo de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
<p><b>Variable independiente:</b> Factores psicológicos que determinan la toma del Papanicolaou. Son aquellos factores de orden psicológico que permiten o impiden la toma del Papanicolaou (conceptualización propia de la autora)</p>	<p><b>Nivel de autoestima.</b> Valoración propia del individuo sobre sí mismo</p>	Baja	< 25 puntos	Nominal
		Normal	26-29 puntos	
		Alta	30-40 puntos	
	Si No			Nominal
	Miedo	Si No		Nominal
	<p><b>Conocimiento sobre la prueba del PAP.</b> Cuando una persona conoce o desconoce la importancia de la prueba del PAP</p>	Si No		Nominal
	<p><b>Miedo a la muerte.</b> Estado de tensión incrementada ante la posibilidad de morir</p>	Poco miedo	< 7 puntos	Ordinal I
		Miedo regular	8-13 puntos	
		Mucho miedo	14-15 puntos	
	<p><b>Vergüenza.</b> estimación de la propia honra o dignidad</p>	Si No		Nominal
<p><b>Variable dependiente:</b> Toma del Papanicolaou. Es la libre decisión de la usuaria a permitir la realización del examen citológico (conceptualización propia de la autora)</p>		Si No		Nominal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

La investigación tiene un diseño no experimental de corte transversal, el tipo de estudio es descriptivo, correlacional y prospectivo.

**No experimental**, porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.

**De corte transversal**, porque el estudio se realizó en un solo momento sin hacer cortes en el tiempo.

**Descriptivo**, porque se limitó a describir cada uno de los factores psicológicos de las usuarias del Centro de salud Pacahcútec.

**Correlacional**, porque se tuvo la intención de identificar qué factores psicológicos de las usuarias son determinantes en la toma del Papanicolaou.

**Prospectivo**, porque la recolección de los datos se hizo conforme fueron ocurriendo los hechos

#### 3.2. Área de estudio y población

##### 3.2.1. Área de estudio

El Centro de Salud Pachacútec pertenece a la Micro-red Pachacútec, está ubicado en la localidad de Cajamarca del distrito de Cajamarca. Es uno de los establecimientos más distantes de esta Micro-red. La población asignada es de 24,878 habitantes, atiende las referencias de 4 establecimientos de salud y de las comunidades cercanas. En el año 2011 realizó 23,433 atenciones en general, de los cuales 181 eran atenciones de emergencia y 78 referencias a los establecimientos de mayor complejidad.

La Red de Servicios de salud II Cajamarca tiene una Superficie Territorial de 2979.78 Km<sup>2</sup>, que corresponde al 23,9% de la superficie total de la DISA Cajamarca.

Políticamente se divide en 12 distritos con características similares tanto geográficas como socioeconómicas. En torno a las vías de acceso, articulación de los pobladores con corredores económicos y por el consiguiente flujo de desplazamiento de sus habitantes es que se estructura el funcionamiento administrativo de la Red II Cajamarca.

### 3.2.2. Población

La población en el presente estudio estuvo conformada por las usuarias que acudieron al consultorio de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud Pachacútec, durante el año 2015, que según el libro intramuros es de 150

### 3.3. Muestra

#### 3.3.1. Tipo de muestra

Para determinar el número de participantes se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, empleando la siguiente formula estadística:

$$\geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(150)1.96^2(0.5)(0.5)}{0.05^2(150) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n \geq 108.08$$

**Donde:**

**n:** Muestra

**Z:** Nivel de Confianza

**p:** Proporción de Éxito

**q:** Complemento de “p”

**E:** Margen de Error

**N:** Población

### **3.4. Unidad de análisis**

La unidad de análisis en este proyecto estuvo constituida por cada una de las usuarias que acudieron al consultorio de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud Pachacútec.

### **3.5. Criterios de inclusión**

Usuarias cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años de edad.

Usuarias que deseen participar del trabajo de investigación.

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario para la recolección de datos.

#### **3.6.1. Descripción del instrumento**

El cuestionario que se empleó estuvo constituido de dos partes; la primera parte corresponde a los datos personales, donde se les preguntó por su edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia. La segunda parte corresponde a preguntas específicas sobre algunos elementos psicológicos de la gestante frente al Papanicoalou como el interés por el desinterés, miedo, conocimiento de la prueba, vergüenza (Anexo 01).

**Escala de autoestima de Rosenbeg**, es quizás la medida de autoestima más utilizada en la investigación en ciencias sociales, habiendo sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en más de 50 países. Consta de 10 ítems y cuya interpretación es:

De 30 a 40 puntos: autoestima alta;

De 26 a 29 puntos: autoestima normal,

Menos de 25 puntos: autoestima baja (32). (Anexo 02)

**Escala de miedo a la muerte** compuesta por 15 ítems con formato de respuesta dicotómico verdadero/falso; nueve de ellos puntúan verdadero (1,4,8,9,10,11,12,13 y 14) y seis falso (2,3,5,6,7 y 15), con lo que el rango de posibles puntuaciones totales



será de 0-15 y las puntuaciones más altas corresponderán a mayores niveles de ansiedad ante la muerte ( Anexo 03).

La validez de contenido fue revisada por expertos, la confiabilidad se comprobó mediante el Coeficiente alfa de Cronbach; se verificó el análisis de los resultados estadísticos, correlación entre elementos y la validez del constructo a través de la correlación con la escala: Actitud ante la Muerte. Se revisó la multidimensionalidad de la escala a través del análisis factorial con el método Rotación Varimax. La Escala Miedo a la Muerte tiene buena consistencia interna y una validez de constructo, la interpretación es:

Poco miedo: < de 7 puntos

Miedo regular: 8 – 13 puntos

Mucho miedo: 14-15 puntos (33).

### **3.7. Criterios éticos**

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

**Autonomía.** La usuaria tuvo libertad de decidir sobre la participación de la investigación y de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

**No maleficencia.** La información se recabó luego que la usuaria brinde el consentimiento respectivo.

**Consentimiento informado.** Luego que la usuaria fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

**Privacidad.** Se respetó el anonimato de la puérpera participante de la investigación, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

**Confidencialidad.** La información obtenida de la gestante, no ha sido revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento electrónico de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS V-21 para Windows y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. Luego se procedió a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia para luego ser analizados

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

**Fase descriptiva.** Se describieron los resultados referentes a los factores psicológicos de las usuarias y la relación entre variables para identificar la determinación entre ellas, basados en datos estadísticos analizados con la distribución de frecuencias y contrastados con bases teóricas y antecedentes del estudio.

**Fase inferencial.** Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en otras realidades semejantes a lo encontrado.

### **3.9. Control de calidad de datos**

La calidad y confiabilidad de la información se determinó mediante el registro de datos relativos a la ocurrencia de los sucesos.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la investigadora.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Características sociodemográficas

**Tabla 01. Toma de Papanicolaou, según edad en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015**

Grupo etáreo	Toma de PAP				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
De 15 a 19 años	5	35,7	9	64,3	14	13,0
De 20 a 24 años	9	50,0	9	50,0	18	16,7
De 25 a 29 años	21	77,8	6	22,2	27	25,0
De 30 a 34 años	8	57,1	6	42,9	14	13,0
De 35 a 39 años	21	80,8	5	19,2	26	24,1
De 40 a 44 años	4	44,4	5	55,6	9	8,3
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 13,358$$

$$p < 0,020$$

Se observa en la presente tabla que el 25% de usuarias del Centro de salud Pachacútec, pertenece al grupo etáreo de 25 a 29 años, de las cuales, el 77,8% si se realizaron toma de Papanicolaou, mientras que el 22,2% no lo hicieron; el 24,1% pertenece al grupo de 35 a 39 años de las cuales. El 89,8% se realizó una toma de Papanicolaou y el 19,2% no lo hizo. Sin embargo, el 13,0% de usuarias pertenece al grupo etáreo de 15 a 19 años, de las cuales el 35,7% se realizó la toma de PAP y el 64,3% no lo hizo.

Medrano (2015), determinó que el 53,5% de usuarias que decidieron tomarse la prueba de Papanicolaou y el 30,9% de usuarias que no decidieron realizarse esta prueba tienen edades comprendidas entre 20 a 29 años (13).

Como se puede apreciar conforme avanzan en edad las mujeres de los diferentes grupos etáreos tienen mayor preocupación por su salud, a excepción del grupo de mujeres mayores de 40 a 44 años quienes se realizaron un Papanicolaou solamente en un 8%; es preocupante que del grupo de usuarias de 15 a 19 años, solamente el 35,7% se haya realizado una toma de Papanicolaou, mientras que el 64,3% aceptó no haberlo hecho, a pesar de que para las adolescentes es muy importante la toma de Papanicolaou ya que por lo general en ellas existen las relaciones sexuales sin protección, debido fundamentalmente a la falta de información, veraz y oportuna en el marco de una educación sexual con enfoque de género, incluyendo masculinidades y femineidades, falta de percepción de riesgo de adquirir algunas Infecciones de Transmisión Sexual, una de ellas el virus del papiloma humano (VPH), y se conoce que algunas cepas producen cáncer de cérvix uterino (34). Comey (2015) sostiene que se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptible a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor (5).

Es preocupante que en el caso de las mujeres del grupo etáreo de 40 a 44 años el 55,6% no se realizara un Papanicolaou, pues es un grupo de mayor riesgo por la misma edad en la que se encuentran.

Sosa y López (2009) literalmente dice: “el Autocuidado implica el cuidarse a sí mismo, a partir de tener conciencia de lo que se es, de lo que se quiere hacer en la vida, y dentro de la vida está incluida la salud. Si se quiere ser saludable la persona debe conocerse en lo físico, lo emocional, lo espiritual, se debe identificar el propio cuerpo y escucharlo en el momento en que da señales de alarma” y un elemento del autocuidado, en la mujer sexualmente activa, es precisamente la toma de Papanicolaou (1) .

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables edad y toma de Papanicolaou, según  $p < 0.020$ .

**Tabla 02: Toma de Papanicolaou, según grado de instrucción en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015**

Grado de instrucción	Toma de PAP				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sin instrucción	2	66,7	1	33,3	3	2,8
Primaria incompleta	9	69,2	4	30,8	13	12,0
Primaria completa	16	66,7	8	33,3	24	22,2
Secundaria incompleta	10	45,5	12	54,5	22	20,4
Secundaria completa	14	63,6	8	36,4	22	20,4
Superior técnica	12	85,7	2	14,3	14	13,0
Superior universitaria	5	50,0	5	50,0	10	9,3
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 7,102$

$p < 0.311$

Se evidencia en los presentes datos que, 22,2% de usuarias del Centro de Salud Pachacútec tienen primaria completa, de las cuales el 66,7% refiere haberse hecho su Papanicolaou, mientras que el 33,3% manifestó no haberlo hecho. En porcentajes similares (20,4%) las usuarias tienen secundaria incompleta y secundaria completa, de las primeras, el 45,5% se realizó toma de Papanicolaou y el 54,5% no en tanto que del segundo grupo, el 63,6% manifestó haberse realizado una toma de Papanicolaou y el 36,5% dijo que no lo había hecho.

Los presentes datos difieren con los encontrados por Huamaní y cols. (2008), quienes encontraron que el 93% de las encuestadas tenía un nivel de instrucción secundario a superior (35). De igual forma difieren con los de León y Calli (2013), quienes encontraron, en su estudio, que en el grupo de mujeres sin instrucción, la falta de realización de Papanicolaou alcanzó el 74% y, la probabilidad de no efectuar el examen, fue tres veces mayor que la de la población con instrucción (2).

La asociación entre el nivel educativo y la salud ha sido ampliamente descrita, se observa una peor salud percibida en las personas con bajo nivel educativo. El nivel educativo influye en los estilos de vida, el acceso a la atención sanitaria y la exposición a ambientes de riesgo, y refleja la posición de los individuos dentro de la escala social, condicionando el empleo y los ingresos (36). Por analogía a mayor nivel educativo

mayor autocuidado de la mujer lo que implica la toma de Papanicolou como una forma de diagnosticar precozmente y recibir el tratamiento oportuno en caso de obtener un resultado positivo.

Sorprende, en el presente estudio, que mujeres sin ningún nivel de estudios se realizaran la toma de Papanicolaou en el 66,7% mientras que en grupo de mujeres con educación superior universitaria solamente el 50% manifestó haber accedido a este método de prevención del cáncer.

**Tabla 03: Toma de Papanicolaou, según estado civil en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015**

Estado civil	Toma de PAP				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Soltera	10	55,6	8	44,4	18	16,7
Casada	10	76,9	3	23,1	13	12,0
Conviviente	48	62,3	29	37,7	77	71,3
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>63,0</b>	<b>40</b>	<b>37,0</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 1,523$

$p < 0.467$

Se puede notar en esta tabla que el 71,3% de usuarias del Centro de Salud Pachacútec manifestaron ser convivientes, de las cuales, el 62,3% dijo haberse realizado alguna toma de Papanicolaou, mientras que el 37,7% dijo no haberlo hecho. El 12,0% de usuarias refirió ser casada, de ellas, el 76,9% manifestó haberse realizado toma de Papanicolaou y el 23,1% dijo no hacerlo; el 16,7% de usuarias fueron solteras, de las cuales, el 55,6% dijeron haberse realizado toma de Papanicolaou y el 44,4% manifestó no haberlo hecho.

Estos datos son superiores a los encontrados a nivel nacional por el INEI (2014) que reporta que el 56,7% de las mujeres entrevistadas se encontraba en unión conyugal; 22,2% estaba casada, y 34,5%, en situación de convivencia. Con respecto al año 2009, hay un cambio importante en la composición de las uniones, aumenta el porcentaje de convivientes (31,8% en el 2009) y una disminución en el porcentaje de casadas (25,3% en el 2009). También difieren con los encontrados por Huamaní y cols. que encontraron que el 46% de las encuestadas fueron solteras (35).

Los datos muestran que tanto las mujeres casadas como las convivientes tienen mayor predisposición a la toma de Papanicolaou, probablemente porque tienen una vida sexual activa y mantienen la idea de que este podría ser un factor de riesgo, caso contrario las solteras, posiblemente crean que el hecho de no tener pareja implica estar protegida de un posible cáncer de cérvico uterino.

**Tabla 04: Toma de Papanicolaou, según procedencia en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015**

Procedencia	Toma de PAP				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Urbana	41	62,1	25	37,9	66	61,1
Rural	27	64,3	15	35,7	42	38,9
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$X^2 = 0.052$

$p < 0.493$

Los presentes datos muestran que el 61,1% de las usuarias del Centro de Salud proceden de la zona urbana, de las cuales el 62,1% manifestó haberse realizado la prueba de Papanicolaou, mientras que el 37,9% dijo no haberlo hecho; el 38,9% son procedentes de la zona rural, de ellas, el 64,3% dijo haberse realizado el Papanicolaou mientras que el 35,7% aceptó no haberlo hecho.

El porcentaje elevado de mujeres procedentes de la zona urbana que se realizó Papanicolaou se explica por el proceso de urbanización acelerado que se está dando en los últimos años en la ciudad de Cajamarca; de otra parte, también se ha incrementado el número de establecimientos de salud en la zona rural que permite que estas mujeres se atiendan en sus Puestos de salud al que corresponden.

En cuanto a los porcentajes de la toma o no del Papanicolaou, las diferencias no son significativas con una diferencia de 2,2 puntos porcentuales tanto en quienes se realizan la toma del Papanicolaou, como en quienes no lo hacen; sin embargo es importante observar que es más frecuente, cada día, que la cobertura de Papanicolaou en mujeres de la zona rural es más alta.

El INEI (2015) informa que en el Perú, el 80,8% de las mujeres de 30 a 59 años de edad se realizaron la prueba de Papanicolaou y conocen su resultado, en los últimos tres años, antes de la encuesta. De ellas, el 83,4% de mujeres del área urbana que se realizaron la prueba conocen su resultado; en tanto, en el área rural fue 68,6% (37).



## 4.2 Factores psicológicos

**Tabla 05: Factores psicológicos, en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, 2015{**

<b>Factores psicológicos</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Nivel de autoestima</b>	Alta	10	9,3
	Normal	95	88,0
	Baja	3	2,8
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Desinterés</b>	Si	25	23,1
	No	83	76,9
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Miedo</b>	Si	11	10,2
	No	97	89,8
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Conocimiento sobre Papanicolaou</b>	Si	8	7,4
	No	100	92,6
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Temor a la muerte</b>	Poco miedo	45	41,7
	Miedo regular	45	41,7
	Mucho miedo	18	16,7
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Vergüenza</b>	Si	0	0,0
	No	108	100,0
	<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

La presente tabla permite observar que el 88,0% de usuarias del Centro de Salud Pachacútec, tiene un nivel de autoestima normal, solamente el 9,3% tiene un nivel de autoestima alta y un pequeño porcentaje, 2,8% tiene un nivel bajo de autoestima.

La autoestima como factor psicológico es muy importante en el autocuidado de la salud, entendiéndose como autocuidado una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar; ello implica la toma de Papanicolaou según los protocolos establecidos para prevenir el cáncer cérvico uterino.

Oblitas (2009) señala que en la actualidad, existe multitud de evidencia de que la salud está profundamente influenciada por la conducta, pensamientos, relaciones sociales y autoestima. La conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las indicaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto inmenso en la salud (38).

En cuanto al desinterés, el 76,9% no mostró desinterés por la prueba, mientras que el 23,1% si lo hizo, este elemento psicológico es muy importante en la actitud que adopte la usuaria frente a una determinada circunstancia, porque en el área de salud es importante recalcar que el desinterés no solo es una apatía hacia las buenas prácticas de autocuidado sino también es un total descuido de las actividades como por ejemplo la toma de Papanicolaou para prevenir el cáncer cérvico uterino.

El desinterés se origina mayormente en la desincronización del pensamiento interno; en este caso lo que la mujer cree. La consecuencia es aumentar el riesgo de adquirir una patología cancerígena que puede devenir inclusive en la muerte.

Una de las razones del desinterés puede encontrarse en la falta de información sobre la importancia de la promoción y prevención de la salud y específicamente de la importancia que tiene el examen citológico.

En torno al miedo que sienten las mujeres por la prueba, el 89,8% manifestó sentirlo, esto se explica por las versiones contadas por otras personas que tal vez tuvieron una experiencia negativa, pero la difunden a gran escala creando en ocasiones pánico, tal es así que, una usuaria manifestó “me han dicho que nos raspan y que duele mucho, por eso yo no quiero, me da miedo”.

Iglesias (2013), refiere que el miedo es tremendamente útil, pero se debe distinguir entre dos tipos de miedo diferentes: el miedo con un origen real y el miedo con un componente psicológico imaginario, como es el caso de las usuarias que tienen miedo por lo que escuchan (21).

Respecto al conocimiento sobre la prueba, en el 92,6% de las usuarias no hubo falta de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou, mientras que en el 7,4% si lo hubo, posiblemente este hecho esté relacionado con el nivel educativo que tienen las usuarias ya que la mayoría tiene estudios primarios o secundarios solamente o falta de información por parte de establecimiento de salud a donde acuden a solicitar apoyo

en determinadas circunstancias, también podría estar relacionado al hecho de que en el ámbito de los establecimientos de salud se suele hablar del Papanicolaou con la simple denominación de "PAP" y que si bien es cierto para el personal de salud es lo mismo, pero a la usuaria tiende a confundirlo.

Reyes (2009) afirma que la utilización del lenguaje científico puede provocar incomprendiones e interpretaciones erróneas sobre cualquier circunstancia del paciente, salud y enfermedad, el profesional de salud debe adecuar el lenguaje técnico al popular sin llegar al vulgar, e inspirar confianza (39).

El 41,7% de las usuarias manifestó tener poco miedo a la muerte, mientras que el 16,7 dijo tener mucho miedo a la muerte. Estos resultados de alguna manera concuerdan con lo que dice Vargas (2009) que la mayoría de la gente reporta tener una ansiedad ante la muerte en un nivel de bajo a moderado y son las mujeres reportan tener niveles más altos, además de que esta ansiedad no aumenta conforme la persona se hace vieja, sino que se reduce (26).

En cuanto a la vergüenza a la toma del Papanicolaou, en el presente estudio ninguna usuaria manifestó este sentimiento, dato que de alguna manera se asemeja a los de Barrientes (2012) quien encontró que más del 50 % de las mujeres no tenían vergüenza de asistir a la toma de la citología (10); sin embargo Polo (2014) reportó que el 49% de mujeres tenía como barrera psicológica a la vergüenza para que no se realicen la citología (11).

### 4.3 Factores psicológicos que determinan la toma de Papanicolaou

**Tabla 06: Nivel de autoestima de las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015**

Nivel de autoestima	Toma de PAP				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alta	4	40,0	6	60,0	10	9,3
Normal	62	65,3	33	34,7	95	88,0
Baja	2	66,7	1	33,3	3	2,8
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$X^2 = 2,494$$

$$p < 0.287$$

Se observa en la presente tabla que el 88% de usuarias del Centro de Salud tiene autoestima normal, de las cuales el 65,3% se realizó toma de Papanicolaou y el 34,7% no lo hizo; solamente el 9,3% de usuarias tiene un nivel de autoestima alta, en este grupo solamente el 40,0% refirió haberse hecho la prueba de Papanicolaou, mientras que el 60,0% no lo hizo. Un porcentaje pequeño, 2,8%, tiene un nivel de autoestima baja; de este grupo, el 66,7% si se realizó un Papanicolaou mientras que el 33,3% no lo hizo.

Estos datos son similares a los encontrados por Medrano (2015) quien determinó que, en su estudio, que el nivel de autoestima no se relacionó con la toma de Papanicolaou ( $p=0.398$ ) (13).

Como puede verse el nivel de autoestima, como factor psicológico, no influye en la toma de Papanicolaou, pese a la teoría que señala que el autocuidado puede ser una expresión del nivel de autoestima que la persona tiene, entendiendo en este caso autocuidado como la toma de Papanicolaou que debe realizarse la mujer para prevenir Cáncer cérvicouterino.

Sosa y Pérez, (2010) señalan que, en el mundo la mujer ha tenido el rol de cuidadora de otros, labró “el modelo femenino de ser para otros” versus “ser para sí”; el cual ha generado bajos niveles de autoconcepto, autonomía y autoestima incluyendo la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud (1).

**Tabla 07: Desinterés en la prueba, de las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015**

Desinterés	Toma de PAP				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	2	8,0	23	92,0	25	23,1
No	66	79,5	17	20,5	83	76,9
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: datos recolectados por la autora

$$\chi^2 = 42,141$$

$$p < 0.000$$

Se observa en los datos que anteceden que, el 76,9% de usuarias del Centro de Salud Pachacútec, no mostró desinterés en cuanto a la toma de Papanicolaou, de ellas el 79,5% manifestó haberse realizado alguna toma de Papanicolaou, mientras que el 20,5% no se realizó ningún Papanicolaou; el 23,1% de usuarias si mostró desinterés, de ellas el 92% no se realizó ninguna toma de Papanicolaou, manifestando simplemente que no les interesaba realizarse dicha prueba, el 8,0% a pesar de mostrar desinterés si se practicó alguna vez un Papanicolaou.

Un factor que aleja a la mujer de la prueba es el hecho de que el cáncer no presenta síntomas en sus etapas iniciales, por lo general la mujer manifiesta que “no siento nada” “no tengo nada”, o “no estoy interesada en la prueba”. Por lo general existe una cultura de salud en la cual existe una tendencia a la medicina curativa, más no a la preventiva.

Quattrochi y cols. (2010) al respecto afirman que, la percepción del riesgo de enfermarse está estrictamente ligada a algo que se puede sentir o ver, es decir a algo que tiene que ser de alguna forma parte de la experiencia corpórea de cada mujer. Además sostienen que, muchas mujeres muestran desinterés, pero tienen todo un conjunto de cuidados que tienen que ver con la salud de la mujer transmitida de generación en generación. Se trata de saberes y prácticas que todavía juegan un papel importante a nivel de la protección individual y colectiva, aunque no siempre son reconocidas o tomadas en cuenta por la medicina occidental (Quattrochi & Ortega, 2010).

**Tabla 08: Miedo a tener cáncer de las usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015**

Miedo	Toma de PAP				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	5	45,5	6	54,5	11	10,2
No	63	64,9	34	35,1	97	89,8
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

**Fuente:** datos recolectados por la autora

$X^2 = 1,610$

$p < 0.204$

Como se puede notar en la siguiente tabla, el 89,8% de usuarias del Centro de salud Pachacútec, no manifestó tener miedo al cáncer o a la prueba, de este grupo el 64,9% se realizó su prueba de Papanicolaou y el 35,1% no lo hizo; el 10,2% refirió que sí tenía temor al cáncer o al examen, de ellas, el 45,5% se realizó su prueba de Papanicolaou y el 54,5 no.

Los presentes datos difieren a los resultados obtenidos por Polo (2014) quien reportó que las mujeres refirieron sentir miedo en un 41% (11).

En el presente estudio la variable “miedo al cáncer” solamente estuvo como una alternativa de por qué no se realizaban una prueba de Papanicolaou, probablemente sea por ello que pocas mujeres optaron por esta respuesta como la principal; sin embargo el individuo por naturaleza siente temor a algo que lo va conducir a la muerte. También hubo al menos dos usuarias que manifestó tener miedo a la prueba en sí manifestando que le había dicho que “la raspaban”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), al respecto, en uno de sus artículos afirmó que la mera palabra cáncer, sigue inspirando un miedo cerval ante ese silencioso asesino que invade subrepticamente, sostiene que el cáncer evoca una desesperación tal que se ha convertido en una metáfora del sufrimiento y el dolor, un azote que pone a prueba los recursos intelectuales y emocionales (40).

**Tabla 09: Conocimiento sobre el Papanicolaou en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015**

Conocimiento de la prueba del PAP	Toma de PAP				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	1	12,5	7	87,5	8	7,4
No	67	67,0	33	33,0	100	92,6
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 9,435$$

$$G \quad p < 0.002$$

En la presente tabla se observa que el 92,6% de usuarias manifestó saber lo que significa la prueba de Papanicolaou; de este grupo el 67,0% se realizó una prueba de Papanicolaou, y el 33,0% no lo hizo; el 7,4% sin embargo, manifestó no conocer en qué consiste la prueba (Falta de conocimiento), de este grupo, solamente el 12,5% manifestó haberse realizado la prueba de Papanicolaou, en tanto que el 87,5% dijo no haberse hecho la prueba.

Estos resultados difieren con los de Sánchez (2011) quien encontró que un 78% no conoce que es el PAP y un 12% si tiene conocimiento sobre PAP, en concordancia con las mujeres que se han realizado PAP en un 75% y un 15 % que si se ha realizado PAP (9).

Arpasi y (2009) afirma que el alto grado de desconocimiento de la población de mujeres en edad fértil sobre el Papanicolau, tanto a nivel mundial, nacional y local hace que los índices de toma de PAP disminuyan. La incidencia del cáncer cervicouterino puede ser reducida hasta un 90% si la calidad del tamizaje y la cobertura son altas. Pero en los países en desarrollo donde ocurren aproximadamente el 80 % de los nuevos casos muchas mujeres nunca se han sometido a una prueba de Papanicolaou., coincidiendo con los resultados encontrados en el presente estudio (41).

El conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la importancia es fundamental en la prevención del cáncer cérvico uterino, por la naturaleza de la enfermedad; La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer (42).

Pueden existir lesiones cervicouterinas precancerosas durante muchos años sin provocar ningún síntoma. Su crecimiento lento ofrece muchas oportunidades para la detección temprana y su fácil curación. El cuello uterino puede palparse y verse en una revisión ginecológica, de forma que el profesional de la salud puede obtener con facilidad un frotis de su superficie para un examen citológico\* de las células que se desprenden de la superficie del cuello (43). Es decir que la utilización de la prueba de Papanicolaou, permite que el cáncer de cérvix tenga más posibilidades de ser diagnosticado en su etapa no invasiva que en su estado invasivo.

La detección temprana del cáncer de cérvix incrementa notablemente las posibilidades de sobrevivencia si la enfermedad se detecta y se trata tempranamente, 99 de 100 mujeres sobreviven. Si no se diagnóstica para llegar a la etapa más avanzada de la enfermedad, sólo 7 de 100 mujeres sobrevivirán (42).

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la toma de esta, determinado por el coeficiente de correlación  $p > 0.002$ , por lo que se puede afirmar que el conocimiento es determinante para la toma de Papanicolaou.



**Tabla 10: Temor a la muerte en usuarias del Centro de Salud Pachacútec, según toma de Papanicolaou, 2015.**

Temor a la muerte	Toma de PAP				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Poco miedo	27	60,0	18	40,0	45	41,7
Miedo regular	30	66,7	15	33,3	45	41,7
Mucho miedo	11	61,1	7	38,9	18	16,7
Total	68	63,0	40	37,0	108	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 0.461$

$p < 0.794$

Se evidencia en los presentes datos que, el 41,7% de usuarias según la escala de miedo a la muerte de Templer, mostró poco miedo a la muerte; de este grupo el 60,0% se realizó su prueba de Papanicolaou, el 40,0% no lo hizo; en igual porcentaje (41,7%) las usuarias mostraron un miedo a la muerte regular; de este grupo, el 66,7% se hizo su prueba de Papanicolaou mientras que el 33,3% no lo hizo; el 16,7% de usuarias según la escala, mostró mucho miedo a la muerte, de ellas, el 61,1% se realizó alguna vez una prueba de Papanicolaou mientras que el 38,9% manifestó no haberlo hecho.

El miedo a la muerte en las personas influye tanto positiva como negativamente en casos de identificación de problemas de salud, ya que en algunos casos la mujer por miedo, puede recurrir a la toma de un Papanicolaou; sin embargo otras podrían no hacerlo, precisamente por temor a recibir resultados positivos; sin embargo en ambos casos es conveniente conversar con todas las mujeres y explicarles que el Papanicolaou sirve para detectar si existe algún problema en el cuello del útero, y de esta manera realizar un tratamiento a tiempo, antes de que se desarrolle la enfermedad, explicar que es un problema de salud fácilmente prevenible y que si el resultado es anormal, en la mayoría de los casos puede tratarse con un procedimiento sencillo y no invasivo (44).

Vargas, (2009), afirma que La mayoría de la gente reporta tener una ansiedad ante la muerte en un nivel de bajo a moderado y que las mujeres reportan tener niveles más altos (26).

Sobre el miedo a la muerte existen teorías como la de Sigmund Freud (1856-1939) quien, fue el primero que tuvo algo que decir. El fundador del psicoanálisis reconocía que la gente a veces expresaba su miedo a la muerte, sostuvo que no se puede mantener lejos a la muerte pero no se soporta admitirla ni el individuo puede representarse a sí mismo Muerto. La experiencia psicoanalítica enseña que "el inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal". Admite la muerte y al mismo tiempo la desmiente como irreal (26).

Esta teoría explicaría en cierta forma el comportamiento de las mujeres que deciden realizarse una prueba de Papanicolaou mientras que otras no lo hacen.

## CONCLUSIONES

Al finalizar la siguiente tesis se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Las usuarias del Centro de Salud Pachacútec en su mayoría pertenecieron al grupo etáreo de 25-29 años; tienen primaria completa, son convivientes y proceden de la zona urbana.
2. Se determinó que el mayor porcentaje de usuarias tuvo un nivel de autoestima normal, no prevaleció en ellas el desinterés, ni el miedo, tampoco el conocimiento a la prueba, ni la vergüenza.
3. Finalmente se determinó que los factores psicológicos que determinan la toma de Papanicolaou son el desinterés ( $p < 0,000$ ) y el conocimiento del Papanicolaou ( $p > 0.002$ ), establecidos de acuerdo al grado de relación entre variable.

## RECOMENDACIONES

1. Al Centro de Salud Pachacútec implementar estrategias adecuadas para la promoción del examen de Papanicolaou en los centros de mayor convergencia de mujeres en edad fértil, con énfasis en la adolescencia, que no se han realizado el examen de Papanicolaou.
2. Al personal de los diferentes establecimientos de salud involucrarse de una manera responsable para brindar apoyo, educación y acompañamiento a la mujer que decide realizarse el examen de Papanicolaou o asistencia y consejería a las mujeres renuentes a realizarse el examen.
3. A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia a través del alumnado, organizar grupos de apoyo de mujeres que participen activamente en su autocuidado, a través de un conocimiento profundo de la anatomía genital femenina y el significado para su vida, salud y bienestar familiar, evitando en el futuro, el cáncer cérvico uterino, a través de la prueba de Papanicolaou, como tamizaje.
4. A los docentes formadores de obstetras capacitar a los futuros profesionales para que puedan estar preparados para identificar los factores que predisponen a la usuaria a una conducta negativa y poder convencerla trabajando en conjunto sobre los factores que la predisponen.
5. A los futuros tesisistas y amantes de la investigación, realizar estudios similares en el personal de salud, así como realizar estudios cualitativos sobre el miedo a realizarse un Papanicolaou.
6. Al personal de salud que los materiales educativos sobre riesgos del cáncer cérvico uterino sean más convincentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa M, López N. Autocuidado y cáncer cérvico uterino en mujeres mexicanas. Artículo. México D.F.; 2009.
2. León S, Calli R. Factores relacionados con el examen de papanicolaou y la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Argentina; 2009-2010. Revista argentina de salud pública. 2013; 4(15): p. 20-25.
3. Gamarra M. Cáncer de cuello uterino. Artículo original. Lima; 2013.
4. Hernández D, Apresa T, Patlán R. Panorama epidemiológico del cáncer cérvicouterino. Revista médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2015 Mayo 15; 53(2): p. S154-S161.
5. Camey C. Factores que influyen en la renuencia al examen de Papanicolaou. Tesis. Quetzaltemango - México: Universidad Rafael Landívar; 2015.
6. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cérvicouterino. Washington; 2013.
7. Anaya E. et al. Implementación PEED citología 2013-Región La Libertad, Arequipa, Lambayeque, Juní y Huancavelica. In Salud Md. El programa de evaluación externa del desempeño de la citología para el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Lima - Perú; 2013.
8. Ibarra J, Estela B, Romero D. Conocimiento y creencias sobre la prueba de Papanicolaou en estudiantes universitarios. Psicología y salud. 2012 Julio - diciembre; 22(2): p. 185-194.
9. Sánchez M. Factores que influyen en la baja afluencia para la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil en el cantón de Escoma en el 2° trimestre Gestión 2010.. La Paz - Bolivia.; 2011.
10. Barrientes J, Colocho I, Romero P, Urbina N. Factores que influyen en la falta de realización de citología en mujeres sexualmente activas en la comunidad los héroes de la unidad de salud en el Palmar de Santa Ana de septiembre de 2011 a marzo de 2012. Santa Ana - El Salvador: Universidad Autónoma de Santa Ana; 2012.
11. Polo E, Torres S, Ochoa R, Villarreal G. Factores personales relacionados con la realización de citología vaginal. Sincelejo. 2013-2014. REVISALUD. 2014 Mayo 5.
12. Huamaní C, Hurtado A, Guardia M, Roca M. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú. 2007. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2008; 25(1): p. 44-56.

13. Medrano M. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Tesis. Lima: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.
14. Flores P. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del Centro de Salud Leonor Saavedra. San Juan de Miraflores. Tesis para optar el título de licencia en obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
15. Pérez G. Manual de procedimientos para Papanicolaou Rancagua HR, editor. Santiago de Chile; 2015.
16. Chavaro N, Arroyo G, Alcázar L, Muruchi G, Pérez I. Cáncer cervicouterino. Anales de Radiología. 2009; 1: p. 161-179.
17. Rosa MMA. Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de Bethesda 2001. In 9º Congreso Hispanoamericano de Anatomía Patológica; 2007; EEUU.
18. Rojas L. La autoestima. Nuestra fuerza secreta Madrid; 2009.
19. Basáez C, Gallardo V, Trujillo A. Autocuidado en el equipo de salud. Tesis. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
20. Longino R. El cáncer cérvico uterino se puede prevenir, pero las mujeres no lo entienden. Artículo original. México: Instituto Mexicano de Seguridad Social; 2012.
21. Iglesias R. Miedo psicológico: definición: tipos de miedo. Cómo superarlo. Psicología motivacional. 2013 Mayo 27; 2(1).
22. Zamberlin N. Lo que piensan las mujeres : conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP. Segunda ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Argentina. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino; 2013.
23. De la Peña L. Diccionario enciclopédico México D.F.: Larousse; 2011.
24. Ramírez E. 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 optar el título de Magíster en Salud Pública. Argentina; 2014.
25. Laza C, Sánchez G. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2012;(26).
26. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Cáncer cervical. Medline Plus. 2014 Noviembre 11.
27. Uribe A, Valderrama L, López S. Actitud y miedo ante la muerte en adultos. Pensamiento psicológico. 2007; 3(8): p. 109-120.

28. Restrepo E. Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud, en población Romani/Gitana de situación socioeconómica medio-baja. Tesis doctoral. Málaga - España: Universidad de Málaga; 2013.
29. Núñez L, Yanes M. Citología orgánica o desconocimiento. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2007; 23(2).
30. Ferrater J. Diccionario de filosofía Barcelona: Ariel, S.A.; 2011.
31. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Citología cervical anormal e histología. Revista de Ginecología y Obstetricia. 2008; 112(6): p. 1419-1444.
32. Garrido J. Medir la autoestima con la escala de Rosenberg. Salamanca; 2013.
33. Espinoza M, Samhueza O, Barriga O. Validación de la escala de miedo a la muerte. Revista Latinoamericana Enfermagen. 2011; 19(5).
34. Secretaría de salud. Programa de atención a la salud de la adolescencia. Segunda ed. México D.F.; 2009.
35. Huamaní C, Hurtado A, Guardia M, Roca J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima. Revista de Medicina Experimental y de Salud Pública. 2007 Enero - Marzo; 25(1).
36. Aguilar I, Carrera P, Rabanaque J. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gaceta sanitaria. 2015 Agosto: p. 37-43.
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2014 Lima; 2015.
38. Oblitas L. Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. Psicología de la salud. 2009; 16(1).
39. Reyes A. La comunicación en salud. Monografía. Cuba; 2009.
40. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de lucha contra el Cáncer. Segunda ed. Ginebra; 2002.
41. Arpasi C, Arpasi B. Grado de conocimiento sobre el Papanicolaou, en mujeres en edad fértil del Municipio de Guaqui. Revista Ciencia y Medicina. 2009; 8.
42. American Cancer Society. Cáncer de cuello cervical. Última revisión médica. Atlanta - Georgia - EE.UU; 2014.
43. Grupo de Estudio de Medicina Personalizada. Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes. España; 2012.
44. Vargas J. Ansiedad y miedo a la muerte. Artículo original. Oaxacán - México: Asociación Oaxaqueña de psicología A.C.; 2009.
45. Quattrocchi P, Ortega J. Saberes y prácticas sobre el Papanicolaou entre mujeres. Yucatán - México; 2010.

46. Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. Estrategia "Un momento para hablar del PAP": cartilla para profesionales de la salud. Argentina; 2009.



## ANEXO 01

### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

---

Señora, la siguiente encuesta es anónima, por favor sírvase responder las siguientes preguntas, y se le pide ser muy sincera en sus respuestas. La información brindada por usted será utilizada únicamente con fines de investigación y no será divulgada.

---

#### I. Datos personales

##### 1. Edad

15-19 ( )      20-24 ( )      25-29 ( )  
30-34 ( )      35-39 ( )      40-44 ( )

##### 2. Grado de instrucción

Sin instrucción ( )      Primaria incompleta ( )  
Primaria completa ( )      Secundaria incompleta ( )  
Secundaria completa ( )      Superior técnica ( )  
Superior universitaria ( )

##### 3. Estado civil:

Soltera ( )      Casada ( )      Conviviente ( )  
Viuda ( )

##### 3. Religión

Católica ( )      No católica ( )

##### 4. Procedencia

Zona urbana ( )      Zona rural ( )

#### II. Factores psicológicos que determinan la toma del Papanicolao

¿Qué factores le motiva a realizarse la toma de PAP?

a) Me interesa mi salud ( )

b) Me han aconsejado en el establecimiento de salud que lo haga. ( )

c) Tengo miedo a la prueba ( )

**Qué factores le impiden no realizarse una toma de PAP**

Desinterés ( )

Miedo ( )

Vergüenza ( )

Conocimiento de la prueba SI ( ) NO ( )

**Nivel de autoestima:**

Baja ( ) Normal ( ) Alta ( )

**Miedo a la muerte:**

Poco ( ) Regular ( ) Mucho ( )

## ANEXO 02

### Test de autoestima de Rosenberg

#### Introducción

La Escala de Autoestima de Rosenberg, es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg).

La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.				
2	Estoy convencida de que tengo buenas cualidades.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí misma				
5	Siempre, estoy satisfecho conmigo misma				
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
7	En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.				
10	A menudo creo que no soy una buena persona.				

#### Instrucciones para la evaluación del Test:

Cada pregunta tiene 4 alternativas de respuesta, se debe marcar la que te describe mejor como persona, se debe elegir una sola respuesta.

El puntaje será obtenido de la suma de cada uno de las respuestas, teniendo en cuenta que para las preguntas del 1 al 5 las alternativas tienen una valoración de:

A. Muy de acuerdo= 4 puntos; B. De acuerdo=3 puntos; C. En desacuerdo=2 puntos

D. Muy en desacuerdo=1 punto L; Las preguntas del 6 al 10 tienen una valoración invertida, en comparación a las cinco primeras.

#### Interpretación

De 30 a 40 puntos: autoestima alta

De 26 a 29 puntos: autoestima media

Menos de 25 puntos: autoestima baja

## ANEXO 03

### Escala de miedo a la muerte

N°	Ítems	Verdadero	Falso
1	Tengo mucho miedo a morirme		
2	Raramente pienso en la muerte		
3	No me pone nerviosa que la gente hable de muerte		
4	Me asusta mucho pensar que tengan que operarme		
5	No tengo ningún miedo a morirme		
6	No tengo miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer		
7	Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte		
8	A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo		
9	Me da miedo tener una muerte dolorosa		
10	Me preocupa mucho el tema de la otra vida		
11	Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón		
12	Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta		
13	Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial		
14	Me horroriza ver un cadáver		
15	Pienso que no tengo ningún miedo para temer al futuro		

Esta escala está compuesta por 15 ítems con formato de respuesta dicotómico verdadero/falso; nueve de ellos puntúan verdadero (1,4,8,9,10,11,12,13 y 14) y seis falso (2,3,5,6,7 y 15), con lo que el rango de posibles puntuaciones totales será de 0-15 y las puntuaciones más altas corresponderán a mayores niveles de ansiedad ante la muerte.