

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GÍNECO OBSTÉTRICOS  
ASOCIADOS A LA TOMA DE PAPANICOLAOU. PUESTOS DE  
SALUD DEL VALLE RÍO SANGANA – MIRACOSTA. CHOTA –  
CAJAMARCA, 2018.**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**Bachiller: JENNY IRIS OLANO CARHUAPOMA**

Asesor:

**Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**

**Cajamarca, Perú**

**2019**

COPYRIGHT © 2019 by  
**JENNY IRIS OLANO CARHUAPOMA**  
Todos los Derechos Reservados

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

#### **TESIS APROBADA:**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GÍNECO OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA TOMA DE PAPANICOLAOU. PUESTOS DE SALUD DEL VALLE RÍO SANGANA – MIRACOSTA. CHOTA – CAJAMARCA, 2018.**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**Bachiller: JENNY IRIS OLANO CARHUAPOMA**

#### **JURADO EVALUADOR:**

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales  
Asesor

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez  
Jurado evaluador

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva  
Jurado evaluador

Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva  
Jurado evaluador

**Cajamarca, Perú**

**2019**



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD  
**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



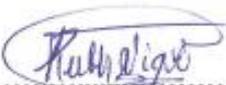
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

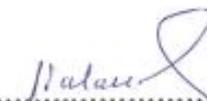
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

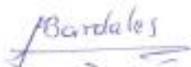
Siendo las *15.00* horas, del día 15 de agosto de dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ**, **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**, **Dra. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA**, y en calidad de Asesora la **Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GÍNECO OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA TOMA DE PAPANICOLAOU. PUESTOS DE SALUD DEL VALLE RÍO SANGANA – MIRACOSTA. CHOTA – CAJAMARCA, 2018”**, presentada por la **Bach. en Obstetricia JENNY IRIS OLANO CARHUAPOMA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *aprobar* con la calificación de *Distinto* la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia JENNY IRIS OLANO CARHUAPOMA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**

Siendo las *5.00pm* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales**  
Asesor

  
.....  
**Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva**  
Jurado Evaluador

### **SE DEDICA A:**

Mi pequeña Priscila quien me cambió la vida motivándome a ser una mejor persona y profesional.

Mis padres Rosa y Manuel que siempre me alentaron y, me ayudaron a realizar mi sueño de ser profesional, siendo la base para ser independiente y poder seguir estudiando.

Al amor de mi vida Elmer por su amor, paciencia, consejos y apoyo que me brinda.

Toda mi familia, mis amigos y compañeros los que me animaron siempre con palabras de apoyo para realizar esta meta de seguir estudiando.

**Jenny**

## **SE AGRADECE A:**

Dios que nos concede la vida, nos ama, protege y bendice siempre; me dio la oportunidad de culminar mis estudios.

La Escuela de Pos Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, que me abrió sus puertas para lograr un peldaño más en mi formación profesional.

Mi asesora Ruth Elizabeth, por ser una buena amiga y quien me guío con sus conocimientos durante el proceso del presente estudio.

Todas las personas que me apoyaron para que se pueda realizar el estudio recibíendome con cariño en sus hogares.

**Jenny**

*“Mantener el cuerpo con buena salud es un deber, de lo contrario no seremos capaces de mantener nuestro cuerpo y mente fuertes y claros”*

*Buda*

## INDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>vi</b>
<b>EPÍGRAFE</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>viii</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xiii</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación e importancia	5
1.3 Delimitación de la investigación	6
1.4 Limitaciones	7
1.5 Objetivos	8
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	9
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Marco conceptual	28
2.4. Definición de términos básicos	28
<b>CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>29</b>
3.1. Hipótesis	29
3.1.1. Hipótesis general	29
3.1.2. Hipótesis específicas	29
3.2. Variables	29
3.3. Operacionalización de los componentes de las hipótesis	30
<b>CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>31</b>
4.1. Ubicación geográfica	31
4.2. Tipo de estudio	32
4.3 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	34
4.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	34
4.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	36

<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	<b>37</b>
5.1. Presentación de resultados	37
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	51
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>64</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Tabla 01. Factores sociodemográficos de las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018	33
Tabla 2	Factores gineco-obstétricos de las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018	37
Tabla 3	Toma de Papanicolaou en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018	39
Tabla 4	Toma de Papanicolaou, según edad, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018	41
Tabla 5	Toma de Papanicolaou, según grado de instrucción, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018	42
Tabla 6	Toma de Papanicolaou, según estado civil, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018	43
Tabla 7	Toma de Papanicolaou, según ocupación, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.	44
Tabla 8	Toma de Papanicolaou, según nivel socioeconómico, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.	45
Tabla 9	Toma de Papanicolaou, según paridad, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.	46
Tabla 10	Toma de Papanicolaou, según coitarquia, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.	47
Tabla 11	Toma de Papanicolaou, según número de parejas sexuales, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.	48
Tabla 12.	Toma de Papanicolaou, según edad de menopausia, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.	49

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

<b>APEIM</b>	Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados.
<b>ASIS</b>	Análisis de Situación de Salud
<b>CaCu</b>	Cáncer cérvico uterino
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud
<b>DISA</b>	Dirección de Salud
<b>INEN</b>	Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas
<b>ITS</b>	Infecciones de transmisión sexual
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAP</b>	Papanicolaou
<b>VPH</b>	Virus del Papiloma Humano

## RESUMEN

El despistaje del cáncer de cuello uterino en el Perú, está basado en el tamizaje del Papanicolaou (PAP), sin embargo, con frecuencia las mujeres no acuden a solicitarlo, algunos factores sociodemográficos y gineco obstétricos están relacionados a esta decisión. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco obstétricos con la toma del Papanicolaou en mujeres atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, de la provincia de Chota, durante el 2018. El estudio fue tipo descriptivo correlacional, no experimental, de corte transversal, se realizó en una muestra de 139 mujeres de los diferentes puestos de salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota. Los resultados fueron: la mayoría de mujeres perteneció al grupo etario de 55-59 años (36,3%), con primaria completa (46,1%), casadas (44,1%), con ocupación amas de casa (98%) y pertenecientes al nivel socioeconómico D, en 84,3%; 56% de mujeres gran multíparas, 55,9% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 15 años y 19 años de edad; 96,1% tuvo de 1 a 2 parejas sexuales y 46,1%; su menopausia fue entre los 45 -49 años de edad; 69,6% refirió la toma de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años, se encontró relación significativa entre las variables grado de instrucción, paridad y número de parejas sexuales, con la variable toma de Papanicolaou según el coeficiente de correlación  $p = 0,003$ ,  $p = 0,027$  y  $p = 0,001$ , respectivamente.

**Palabras clave:** factores sociodemográficos y gineco obstétricos, toma de Papanicolaou.

## ABSTRACT

The screening of cervical cancer in Peru is based on the Pap screening (PAP), however, women often do not request it, some obstetric sociodemographic and gynecological factors are related to this decision. The objective of this research was to determine the association between sociodemographic and gynecological obstetric factors with taking Pap smears in women treated at the Health Posts of the Río Sangana - Miracosta Valley, in the province of Chota, during 2018. The study was type Descriptive, non-experimental, cross-sectional descriptive study was carried out in a sample of 139 women from the different health posts in the Río Sangana - Miracosta Valley. Chota The results were: the majority of women belonged to the age group of 55-59 years (36.3%), with complete primary school (46.1%), married (44.1%), with housewives occupation (98% ) and belonging to socioeconomic level D, in 84.3%; 56% of large multiparous women, 55.9% began their sexual relations between 15 years and 19 years of age; 96.1% had 1 to 2 sexual partners and 46.1%; his menopause was between 45 -49 years old; 69.6% reported the Pap smear in a period of 1-3 years, a significant relationship was found between the variables degree of instruction, parity and number of sexual partners, with the variable Pap smear according to the correlation coefficient  $p = 0.003$  ,  $p = 0.027$  and  $p = 0.001$ , respectively.

**Keywords:** sociodemographic and gynecological obstetric factors, Pap smear.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

#### 1.1.1 Contextualización

El cáncer cérvicouterino (CaCu) es la neoplasia maligna que refleja, con máxima crudeza, la desigualdad social en salud. Esta enfermedad multifactorial es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre los 35 y 64 años, a pesar de que puede prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles. Las mujeres, principalmente afectadas, son aquellas de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables y que no acceden a los servicios de tamizaje (1). Además, se constituye en la causa más importante de años de vida perdidos entre mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13% de los casos y 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo. Se estima que, de no mejorar los programas de prevención, el número de casos de CaCu se incrementará en la región de América Latina y el Caribe de 68 000 (año 2008) a 126 000 (año 2025) (2).

La detección oportuna de las lesiones precursoras del CaCu mediante la citología cervical exfoliativa conocida como el test de Papanicolaou (PAP) que debe ser realizado en todas las mujeres sexualmente activas (3), en los últimos 50 años ha reducido la mortalidad por cáncer invasor del cérvix en países en los que se ha implementado un programa de detección oportuna de amplia cobertura y elevados estándares de calidad (1).

El PAP permite el estudio de células del cuello uterino para detectar la presencia de alteraciones celulares que preceden la aparición del cáncer invasor, es una prueba de baja sensibilidad, sin embargo, tiene una alta especificidad. (2); Sin embargo, a pesar de ser considerado este tamizaje como una estrategia costo efectiva de prevención, los índices de cáncer cérvico uterino alcanzaron una tendencia ascendente, pasando de 3,7% en el año 2006 a 6,8% en el 2011 (4), debido a la baja cobertura de Papanicolaou de las mujeres, decisión, probablemente, influenciada por factores sociales demográficos y gineco-obstétricos, como el bajo nivel educativo que impide reconocer la importancia que

tienen los exámenes preventivos para identificar precozmente una enfermedad como es el cáncer, de tal forma que se pueda brindar un tratamiento oportuno; el factor económico que muchas veces ocasiona el alejamiento de los establecimientos de salud porque no tienen para costear un examen; el estado civil soltera por la creencia de que el cáncer solamente la pueden tener las mujeres que han tenido una pareja sexual; de igual forma, influyen los factores gineco obstétricos como el hecho de llegar a la menopausia pues creen que ya no es necesario realizarse un examen de Papanicolaou, o la paridad, porque cuando la mujer tiene varios hijos no tiene el suficiente tiempo para acudir a solicitar la prueba, también está el hecho de tener varias parejas sexuales, por el temor a ser descubiertas por el personal de salud.

### **1.1.2 Descripción del problema**

El Cáncer de cuello uterino (CaCu) ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes, en el sexo femenino, a nivel mundial y; su incidencia varía considerablemente de una región a otra, e incluso dentro de una misma población. Anualmente, a nivel mundial se diagnostican unos 520 000 casos nuevos de esta entidad, con tasas claramente más elevadas en países de ingresos bajos y medios, que son responsables de un 85% de la incidencia y un 88% de la mortalidad, superando esta última, los 250 000 casos anuales, equivalente a decir que el riesgo de morir por esta enfermedad es de casi un 50% independientemente de las condiciones de vida de la persona. Se espera que, para los próximos 7 años la carga mundial de enfermedad se multiplique notoriamente, proyectándose para el año 2025 un 58% de incremento de incidencia y un 63% de incremento en mortalidad, lo cual se constituye en un problema de salud pública de magnitud mundial (5,6).

Se estima además que, el riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años, es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que, en aquellas de países desarrollados (7).

En América Latina, las tasas de incidencia mayores a 30 por cien mil mujeres son Guyana (44,7), Nicaragua (39,9), Honduras (37,8), El Salvador (37,2), Bolivia (36,4), Paraguay (35,0), Perú (34,5), Venezuela (31,4) y Guatemala (30,5). Sólo Chile y Puerto Rico revelan tasas menores de 15 por cien mil mujeres (14,4 y 7,5, respectivamente). En México, según la OMS (2008), la frecuencia de casos

nuevos de CaCu representa una tasa estandarizada, a nivel mundial, de 19.2 x 100 000 mujeres; que implica un riesgo acumulado de 1.94 x 100 mujeres (8).

En términos generales las tasas de mortalidad es 3 veces más alta en América Latina y el Caribe que en Norte América, evidenciándose enormes desigualdades en salud (8).

En el Perú, el CaCu es la neoplasia de mayor notificación de todos los cánceres (14,9%), y la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia en el año 2016, realizó un reporte sobre cáncer cérvicoterino, determinando que, en el año 2012, hubo 4 636 casos y 1 715 muertes por este tipo de cáncer. Por departamentos se ha reportado que en Loreto es el cáncer más frecuente con 29,4%; en Ucayali, 28,6%; Madre de Dios, 28,6% (7). En Trujillo, el cáncer de cuello uterino también fue el de mayor frecuencia en el año 2017, ocupando el primer lugar con 215 casos (15%), y en Cajamarca, se reportaron 13 casos, en los meses de enero a abril del año 2017 (34,2%) (9).

En la provincia de Chota, no se cuenta con una cifra estadística exacta de las tasas de CaCu, ni mucho menos en el distrito de Miracosta. El Análisis de Situación de Salud (ASIS), en el año 2015, reporta que en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, se atendieron 5 casos de cáncer (3,4%) procedentes de esta ciudad zona, pero no señala el tipo de cáncer, probablemente porque los casos son referidos a establecimientos de mayor complejidad, de preferencia los institutos oncológicos ya sea del norte del país (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- Trujillo), o al INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasias – Lima).

La problemática relacionada con el CaCu se incluye en el grupo de enfermedades cuyas muertes pueden ser evitadas con un tratamiento oportuno, previo a un diagnóstico temprano mediante las pruebas de tamizaje de Papanicolaou, consistente en extraer una muestra del ecto y endocérvix, haciendo uso de una espátula o "citobrush" para luego ser examinada en un laboratorio con ayuda del patólogo (10). Existe suficiente evidencia científica de que, el tamizaje de las lesiones precursoras del CaCu entre los 35 y 64 años, mediante la citología convencional, reduce su incidencia en más de un 80%; sin embargo, las coberturas de toma de PAP aún son bajas.

El reporte del INEI (2016) revela que, de las mujeres entre 30 y 59 años de edad, sólo el 59,9% se realizaron la prueba de Papanicolaou (11); según área de residencia, el mayor porcentaje de mujeres que, en los tres años precedentes a la encuesta, se realizaron esta prueba fueron las residentes del área urbana con 63,9% frente a las del área rural con 52,0% (11); lo cual se explica porque muchas mujeres minimizan la importancia de este examen, además de ser influenciadas por diversos factores sociodemográficos que se constituyen en barreras para acceder al tamizaje de Papanicolaou, como el bajo nivel educativo, escasos recursos económicos, soltería, etc.; de igual forma los factores gineco obstétricos como coitarquia, paridad, número de parejas sexuales, menopausia, podrían estar vinculados a esta situación, factores que inciden en la aparición de numerosos casos de lesiones pre neoplásicas.

En el distrito de Miracosta, provincia de Chota, la situación no es diferente; la población es básicamente rural, con bajo nivel educativo y de bajos recursos económicos; factores entre otros que influyen a que un gran número de mujeres no acudan a realizarse un Papanicolaou, a pesar de tener factores de riesgo de cáncer cérvico uterino, fundamentalmente aquellas que tienen 50-64 años.

En los Puestos de Salud de Anguyacu, Guayabo, Puquiopampa, Sangana y San Juan de Unican hay una población de 354 mujeres en edades de 50 a 64 años, y aunque no se cuenta con el dato exacto de cuántas de ellas se han realizado un Papanicolaou, es posible que sea un porcentaje mínimo ya que en toda la DISA Chota, solamente 80 mujeres se han realizado este tipo de examen (5).

### **1.1.3 Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación entre factores sociodemográficos y gineco obstétricos y la toma del Papanicolaou en mujeres atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, provincia de Chota, 2018?

## **1.2. Justificación e importancia de la investigación**

### **1.2.1. Justificación científica**

La cantidad de muertes por CaCu en todo el mundo pone de relieve la importancia que cobra como problema de salud pública. Esta enfermedad (CaCu) es prevenible pero, ocasiona la muerte de aproximadamente 245.000 mujeres cada año, y afecta a las más pobres y vulnerables, con un efecto devastador en sus familias y comunidades, que dependen en gran manera del papel esencial de la mujer para su cuidado y el sustento de las mismas (12).

En el Perú, la tasa cruda de incidencia de CaCu es de 31.3/100,000 y la tasa ajustada por edad de 34.5/100,000. De acuerdo con los datos publicados por Globocan 2012, al menos 4,636 mujeres se diagnostican con CaCu cada año, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú (5). Sin embargo, si se diagnostica tempranamente, es más probable que el tratamiento sea eficaz. La probabilidad de supervivencia aumenta, la morbilidad se reduce y el tratamiento es más barato. El diagnóstico y tratamiento precoces comportan mejoras notables en la vida de las pacientes (13).

El Papanicolaou o citología ha sido, durante décadas, la prueba de referencia para el tamizaje del CaCu en todo el mundo, logrando reducir la mortalidad por esta enfermedad. Esta prueba está diseñada para la detección de lesiones del epitelio escamoso, debido a que el cérvix es fácilmente accesible durante el examen ginecológico y las lesiones cervicales se desarrollan lentamente en un periodo de aproximadamente 10 años. Sin embargo, muchas mujeres no acuden a la toma de Papanicolaou tempranamente y cuando lo hacen ya es demasiado tarde. Diversos factores tanto sociodemográficos, como gineco obstétricos podrían estar involucrados, en la toma de Papanicolaou entre ellos, la edad, el nivel educativo, el estado civil, la ocupación, el estrato socioeconómico, así como la coitarquia, paridad, número de parejas sexuales y la menopausia.

En establecimientos de salud, como del Valle Sangana (Anguyacu, Guayabo, Sangana, Puquiopampa y, San Juan de Unicán), se reconoce que son muy pocas las mujeres que acuden a la toma de Papanicolaou, pero se desconoce cuáles son las razones, motivo que ha generado la iniciativa de realizar la presente investigación con el objetivo de determinar la asociación entre factores sociodemográficos y Gineco Obstétricos y la toma del Papanicolaou.

El estudio fue de gran importancia por el aporte que brinda a la data estadística sobre la cobertura de Papanicolaou en uno de los distritos de Chota, dada la repercusión, sanitaria que trae consigo, ya que se debe tener en cuenta que los exámenes de esta naturaleza no deben realizarse solamente en campañas sino de forma permanente con una actitud positiva frente a la prueba, lo que sugiere mayor difusión de la importancia de la toma de Papanicolaou en la prevención y/o detección temprana de cáncer cérvico uterino.

Los resultados obtenidos están quedando en el establecimiento de salud como una línea de base para fortalecer la data estadística a nivel regional y local, pero fundamentalmente ha permitido identificar que las campañas de Papanicolaou pueden contribuir a aumentar las coberturas, pero lo más importante es interiorizar, en las mujeres, el beneficio de este examen en la prevención del CaCu y que es el personal de salud, el que debe informar a la población sobre ello, brindando consejería e información completa a cada mujer de forma individual. Es decir que, el estudio está aportando datos fundamentales para incentivar la conducta social y el desempeño institucional, sobre la base de que debe existir responsabilidad compartida entre los miembros de una comunidad y el personal que labora en los establecimientos de salud.

Los beneficiados serán todos los individuos y organizaciones involucrados; el sistema sanitario, la mujer, familia y comunidad. El sistema sanitario, porque a través de programas preventivos reducen sustancialmente los costos invertidos en el tratamiento de enfermedades, la mujer que puede tener una vida más saludable, siendo una verdadera impulsora de su salud y partícipe activo en un enfoque más integral y objetivo además de ser el eje principal de la familia, quien mantiene unida física y moralmente a sus miembros, y es la primera célula que forma la sociedad, la familia, porque podrá contar con el ser que mantiene la unidad familiar y la comunidad, que podrá contar con menores índices de mortalidad por cáncer cérvico uterino.

### **1.3. Delimitación de la investigación**

La investigación se realizó en mujeres atendidas en los cinco Puestos de Salud del Valle Río Sangana: Anguyacu, Guayabo, Puquiopampa, Sangana y San Juan de Unican – Chota.

El Puesto de Salud Anguyacu tiene categoría I-1, sin internamiento, con Ubigeo N° 060412 está ubicado en la comunidad Anguyacu, pertenece a la DIRESA Cajamarca, a la Red de Salud Chota, a la Microred de Salud Tocmoche, Unidad Ejecutora, Salud Chota; cuenta con una población total de 553 personas y un grupo poblacional de mujeres entre 50-64 años de 35.

El Puesto de Salud Guayabo tiene categoría I-1, sin internamiento, con Ubigeo N° 060412, está ubicado en la comunidad Guayabo, pertenece a la DIRESA Cajamarca, a la Red de Salud Chota, a la Microred de Salud Tocmoche, Unidad Ejecutora, Salud Chota; cuenta con una población total de 415 personas y un grupo poblacional de mujeres entre 50-64 años de 23.

El Puesto de Salud Puquiopampa tiene categoría I-1, sin internamiento, con Ubigeo N° 060412, está ubicado en la comunidad Puquiopampa, pertenece a la DISA Cajamarca, a la Red de Salud Chota, a la Microred de Salud Tocmoche, Unidad Ejecutora, Salud Chota; cuenta con una población total de 503 personas y un grupo poblacional de mujeres entre 50-64 años de 20.

El Puesto de Salud Sangana tiene categoría I-3, sin internamiento, con Ubigeo N° 060412, está ubicado en la comunidad de Sangana, pertenece a la DISA Cajamarca, a la Red de Salud Chota, a la Microred de Salud Tocmoche, Unidad Ejecutora, Salud Chota; cuenta con una población total de 513 personas y un grupo poblacional de mujeres entre 50-64 años de 28.

El Puesto de Salud San Juan de Unicán tiene categoría I-1, sin internamiento, con Ubigeo N° 060412, está ubicado en la comunidad San Juan de Unican, pertenece a la DIRESA Cajamarca, a la Red de Salud Chota, a la Microred de Salud Tocmoche, Unidad Ejecutora, Salud Chota; cuenta con una población total de 740 personas y un grupo poblacional de mujeres entre 50-64 años de 33 (14).

#### **1.4. Limitaciones**

La investigación fue realizada con algunos inconvenientes como el hecho de no encontrar a las mujeres en sus domicilios, de tal forma que exigió regresar por segunda vez para obtener la información, así como el difícil acceso geográfico a los domicilios de las mujeres.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y Gineco Obstétricos y la toma del Papanicolaou en mujeres atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, de la provincia de Chota, durante el año 2018.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

1. Identificar los factores sociodemográficos y gineco obstétricos de las mujeres del estudio.
2. Determinar el porcentaje de mujeres que acudieron al tamizaje de Papanicolaou.
3. Establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos y la toma de Papanicolaou.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Leiva, N. y col. (Chile, 2011)**, en su tesis Caracterización biodemográfico de usuarias con resultado de Papanicolaou del CESFAM de San José de la Mariquina, encontró que, el grupo etario con mayor porcentaje corresponde a mujeres entre los 30 y 39 años (117 casos), seguido por aquellas con 40 y 49 años (113 casos), el 33% de los casos incluidos en el estudio, presentaban anteriormente antecedentes de un PAP , el 3% de los casos presentó al menos 1 parto prematuro dentro de sus antecedentes Obstétricos, el 22% presentó antecedente de aborto (15).

**Martínez K y col. (Ecuador, 2015)**, en su tesis titulada conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de edad fértil que acuden al servicio de ginecología en el Subcentro de Salud de la Parroquia el Valle – Cuenca, formuló como objetivo: establecer los conocimientos, actitudes, actitudes y prácticas frente al Papanicolaou en mujeres en edad fértil, identificando como resultados que la edad de las mujeres encuestadas fue de 21-30 años (50,64%), con actividad doméstica en 62,66%, con primaria completa (32,47%), el 49,35% eran casadas; el 69,48% de las mujeres dice haberse realizado al menor una vez un Papanicolaou (16).

**Pineda, M. (Nicaragua, 2015)** en su tesis monográfica Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en usuarias del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, SILAIS Masaya, encontró que, el 90% de las participantes procedían del área urbana, la gran mayoría tenía pareja estable, estaban casadas (23%) o en unión de hecho estable (31%); La gran mayoría de mujeres encuestadas tenían escolaridad secundaria (56%) y primaria (17%); Las participantes presentaban una gran variedad de ocupaciones: ama de casa (28%), estudiantes (29%), profesionales (13%) y comerciantes (25%); El 42% de las encuestadas inició vida sexual entre los 15 y 19 años y hasta un 33% inició antes de los 15 años; más del 60% de las encuestadas tuvo cuatro o más parejas

sexuales, y tan solo 39,2% tuvo tres parejas sexuales o menos. Más del 50% tenía al momento de la encuesta dos hijos o menos, pero solo el 12% reportó no tener hijos. En cuanto a las actitudes la gran mayoría (más de tres cuartas partes) tenía una actitud favorable en cuanto a la realización y la importancia del PAP. El 58% de la población encuestada tenía prácticas inadecuadas sobre la realización de la toma de PAP. Concluyó que, de forma general existió una buena relación entre las actitudes y las prácticas, a pesar que una parte importante de las encuestadas no tenían un conocimiento adecuado sobre el PAP (17).

**Praslin, D. y col. (Nicaragua, 2016)** realizó una investigación cuyo título es Factores y causas que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa que asisten al Sector N° 4 de la unidad de salud Primero de Mayo, Matagalpa, con el objetivo de indagar factores y causas que influyen en la no realización del Papanicolaou, determinando que las mujeres tenían de 20 a 34 años (19%), (8%) tenían 50 años a más. En unión de hecho estable (59%), todas de la zona urbana (100%), analfabetas (92%), amas de casa (78%), católicas (53%); Como factor social que se relaciona a la no realización del Papanicolaou son los bajos recursos económicos (18).

**Velasco, F. (México, 2018)**, en su estudio con el título factores socioculturales que interfieren en la realización del Papanicolaou en mujeres indígenas mexicanas, determinó que la mayoría de mujeres tenía entre 29 y 35 años; el nivel de escolaridad que predominó fue la primaria, la mayoría estuvo en unión libre y había tenido 2 parejas sexuales en su vida; el inicio de vida sexual activa que predominó fue de 16 a 20 años, y nunca se habían realizado el Papanicolaou (19).

### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

**Medrano, M. (Lima, 2015)** realizó una investigación cuyo título es, Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, y encontró como resultados que 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;

el tener ocupación estudiante y el ser trabajadora dependiente, se relaciona significativamente con la decisión de toma de Papanicolaou. Llegó a la conclusión que, entre los principales factores socioculturales que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou, el tener trabajo dependiente se relaciona con la decisión de la toma de Papanicolaou (20).

**Ponce, M. (Huancayo, 2016)**, realizó su tesis denominada Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres del Centro de Salud Ocopilla – Huancayo, encontró que el 54,2% son mayores de 30 años, el 40,8% convivientes, solteras un 29,2%, nivel de escolaridad secundaria con 33,1%, seguida por la técnica con 26,1%, ocupación, amas de casa con 27,7%, las empleadas-obreras con 25%, las trabajadoras independientes con 22,3%; la religión, la católica con 64,2%, y otras con 16,5%. El 97,0% de las mujeres tienen actividad sexual, habiendo iniciado su relación sexual entre los 15 a 18 años con un 46,9% y entre 19 a 22 años un 33,9%. El comportamiento sexual refleja que 52,7% tiene relaciones sexuales frecuentemente, un 31,9% ocasionalmente, el 58,9% tuvo de 2 a más compañeros sexuales y el 38,9% tenía un solo compañero sexual; las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 30,0% son nulíparas y 24,3% son primíparas. El 63,5% se practica la prueba del Papanicolaou anualmente y 70,0% solicita información sobre los resultados de la prueba. Mientras que el 48,0% no se practica la prueba por iniciativa propia, el 39,2% no se practicó la prueba en el año de estudio. (21).

**Sevillano, M. (Chimbote, 2016)** en su investigación Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres del Asentamiento Humano Santa Cruz – Chimbote, encontró como resultados que el 55,8% tenía de 30 años a más, el 51,7% eran convivientes, el 49,2% tenía secundaria, el 75,8% eran amas de casa, 94,2% inició sus relaciones sexuales entre los 14-19 años, el 4,1% entre los 20-24 años, el 80% fueron múltiparas, el 19,1% primíparas, el 25,9% tuvo como antecedente obstétrico haber tenido 1- 2 abortos, el 96,7% ha tenido de 1-2 parejas sexuales en toda su vida y el 3,3% 3-4 parejas sexuales. El 81,7% de las mujeres reportaron haberse realizado la prueba del PAP alguna vez en su vida (22).

**Vásquez, K. (Lima, 2016)**, en su tesis Factores asociados a la toma de Papanicolaou de mujeres en edad fértil en el Hospital Sergio Bernales, y encontró como resultados que: sobresalió la edad adulta con 76% y 90%, grado de instrucción estudios básicos 69,3% y 52%, como factores asociados de riesgo, no preocuparse por recoger el resultado del PAP (21,3% y 45,3%). Concluyó que, existen factores sociodemográficos, asociados a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil (23).

**Salinas, K. (Lima, 2017)** en su tesis denominada factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de Papanicolaou en usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho de junio a julio de 2017, determinando que el grupo de usuarias con menos de 3 años de su último Papanicolaou tenían de 40 a 49 años (46,6%), eran amas de casa en 65,5 %, con grado de instrucción secundaria en 51,7%, su edad de inicio relaciones sexuales fue entre los 15 a 19 años en 46,6% y reportan de 2 a 4 parejas sexuales en el 55,2% (24).

## **2.2. Bases teóricas**

Para comprender mejor el objeto de estudio se tiene que partir de los factores sociodemográficos y gineco obstétricos y las bases teóricas y científicas en torno al Papanicolaou, que permitirán posteriormente tener una mejor visión de la propuesta del proyecto, así como realizar un mejor análisis de los resultados, considerando como punto de partida algunos aspectos clave del CaCu.

### **2.2.1. Factores sociodemográficos**

Los factores sociodemográficos se han tomado en cuenta rescatando la propuesta de autores como Larry Laudan y Mary Hesse, quienes plantean la redefinición de la racionalidad científica a partir del reconocimiento de la importancia de “los elementos de la estructura social” los cuales pueden llegar a diferenciarse o ampliamente confluir en la decisión de la mujer de optar por el Papanicolaou o no.

Desde el punto de vista antropológico se ha considerado que la salud/enfermedad de un individuo no tiene relación unívoca con alteraciones biológicas, químicas o por agentes patógenos, sino que los factores sociales que rodean al individuo, las

formas de entender la enfermedad, los roles asignados y ejercidos por éste, las relaciones asimétricas de poder y entre pares, etc. son relevantes y constituyentes del binomio salud/enfermedad. Por esta razón es que en el presente proyecto de investigación se considera importante conocer y comprender cómo es que las mujeres con diversidad de factores sociales y demográficos (edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación) de una misma población, actúan frente al Papanicolaou como una prueba de tamizaje para prevenir o diagnosticar precozmente el CaCu, lo que significa abordar el tema considerando los aspectos sociales de una determinada población y analizarlo posteriormente tomando como eje su comparación con otras poblaciones.

Los factores demográficos constituyen una operación estadística conformada por una colección de indicadores que permiten analizar cómo inciden en la decisión de la mujer de acudir a la toma de Papanicolaou, estos pueden ser:

**a). La edad.** Con origen en el *latín aetas*, es un vocablo que refiere al tiempo cronológico que se vive. Los significados de la edad, como una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólica que remite a la ubicación espacio temporal del ciclo de la vida de cada cultura en función de su cosmovisión y la ciencia ha elaborado y reelaborado una serie de modelos interpretativos del fenómeno (25).

Particularmente en el discurso antropofísico, como saber occidentalizado derivado de la hegemonía médica y separatista de la dualidad mente cuerpo, es común encontrar la referencia a dos categorías: la edad cronológica y la edad biológica. La primera que alude a un ciclo abstracto del tiempo socio-cultural, que con frecuencia se disgrega para dar cabida a un análisis biologicista que categoriza el ritmo ontogenético (edad biológica) en etapas (evolutivas) “más o menos parecidas” por las cuales pasa el individuo como si se tratase de la búsqueda y estandarización de leyes físico-biológicas generales prescindibles no sólo de los aspectos socioculturales, sino incluso de los psicológicos y cosmogónicos (25).

Sin embargo, en los estudios del tema, de manera general las etapas y duración de los eventos ontogenéticos, son más o menos estandarizados, de la siguiente manera:

Etapa formativa. La cual incluye dos brotes de crecimiento físico, en el primero se consideran dos periodos: el prenatal (fecundación, primero y segundo trimestre)

y el post natal (nacimiento, neonatal hasta los 28 días, infancia, desde el segundo mes hasta el fin de la lactancia, aproximadamente 36 meses, y niñez- de los 3 a 7 años). El segundo brote considera tres estadios: juvenil (7 a 12 años aproximadamente), pubertad (corta duración, se activa el desarrollo sexual) y adolescencia (desde la pubertad hasta aproximadamente 18 a 20 años) (25).

Etapa productiva y reproductiva. La cual comprende la adultez primaria y en transición (de los 18 a 20 años) hasta el fin de la etapa reproductiva (60 a 65 años en los hombres, 50 años aproximadamente en las mujeres, con la menopausia)

Y la etapa regresiva y senescencia. Comprende desde el final de la etapa anterior hasta la muerte (25).

Fisiológicamente, la edad, en la toma de Papanicolaou, es importante por las modificaciones que sufren tanto la unión escamo columnar como la zona de transformación del cuello uterino, siendo esta última en donde ocurren el 90% de los cambios anormales del cérvix (26).

En el presente estudio, la edad considerada será entre los 50 y 64 años, la cual es recomendada por el Ministerio de Salud en su Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del CaCu (27). Además, el pico de incidencia para NIC3 se ha reportado de 27 hasta 35 años de edad promedio, mientras que para el cáncer invasor se presenta al menos diez años más tarde (con una media de 48 años), lo que hace evidente la progresión de la enfermedad con la edad ((Ministerio de Salud, 2017).

Epidemiológicamente la edad ha sido ampliamente documentada como un factor asociado a la toma del PAP. Existen estudios que sostienen que la edad de las mujeres entre 20 y 29 años se asocia con la negación a la toma del Papanicolaou (28).

#### **b). Nivel educativo**

La educación es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial. Se desarrolla en instituciones educativas y en diferentes ámbitos de la sociedad (29).

En el Sistema Educativo Peruano la Ley General de Educación se organiza en: Etapas, Niveles, Categorías, Modalidades, Ciclos y Programas. Está organizado en dos etapas:

- Primera etapa: Educación básica
- Segunda etapa: Educación superior.

**Educación Básica.** Es la primera etapa del sistema educativo peruano destinada a favorecer el desarrollo integral de los estudiantes, el despliegue de sus potencialidades, desarrollo de sus capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales de la persona para actuar en forma adecuada y eficaz en los diversos ámbitos de la sociedad.

Se clasifica en: Educación Básica Regular, Educación Básica Alternativa y Educación Básica Especial.

- **Nivel de educación inicial.** Constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular, atiende a niños de 0 a 2 años (Cuna Jardín) en forma no escolarizada y de 3 a 5 años (Inicial Jardín) en forma escolarizada.

Un rasgo que persiste como reflejo de las diferencias pasadas en cuanto a escolarización femenina es la existencia actual de 2,6 mujeres analfabetas por cada hombre que no sabe leer ni escribir. Esto es un indicador de las diferencias que persisten entre hombres y mujeres, aunque la escolarización actual de las generaciones más jóvenes es igual para niños que para niñas. Lo preocupante del caso es que estas cifras tan elevadas no han producido hasta ahora campañas positivas de alfabetización orientadas hacia las mujeres adultas.

Este dato es indicativo de que, si bien es cierto, las mujeres inician este nivel de educación inicial correspondiente al sistema educativo del país, muchas de ellas van desertando paulatinamente conforme avanzan los niveles educativos, y es bastante conocido que la educación es un determinante social de la salud implicada en el autocuidado de la salud con un gran impacto en el CaCu, ya que este está asociado a niveles socioeconómicos bajos. Entre mayor es el nivel educativo de una persona mayor es la probabilidad de tener un trabajo que pague bien, ofrezca seguro médico y días de licencia por enfermedad pagados.

Las personas con un mayor salario y seguro médico tienen una mayor probabilidad de hacerse las pruebas de detección que puedan encontrar el cáncer en forma

temprana y obtener el tratamiento apropiado cuando se detecta el cáncer. Por consiguiente, las personas con un mayor nivel socioeconómico por lo general tienen mayores tasas de supervivencia del cáncer (30).

- **Nivel de educación primaria.** La Educación Primaria constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y dura seis años. Tiene como finalidad educar integralmente a niños. El nivel primario es un escalón más en el sistema educativo, pero aún continúa siendo bajo y considerado como un vínculo con la pobreza y la exclusión social, tanto como determinante como contribuyente. "Con menos educación hay menos oportunidades de inserción en el mercado laboral, menores ingresos, además de carencias en términos de vivienda, bienes y servicios" (31).

Sin embargo, puede verse a la escuela como un espacio para la formación socio educativa capaz de contribuir de manera significativa en la formación del sujeto, de modo completo, pleno y saludable. En este sentido, el entorno escolar es esencial para el desarrollo del conocimiento compartido y la integración con la comunidad. Donde está la mayor parte de la población que muestra interés en el aprendizaje, con un potencial diseminador de información. A través de la participación en las escuelas que articulan acciones para el cuidado de la salud, es posible la formación de ciudadanos con pleno conocimiento acerca de los hábitos de vida saludables (32), de tal forma que las personas, (mujeres) con niveles de educación primarios probablemente hayan adquirido algunos hábitos saludables.

- **Nivel de educación secundaria.** La Educación Secundaria constituye el tercer nivel de la Educación Básica Regular y dura cinco años. Ofrece a los estudiantes una formación científica, humanista y técnica. Afianza su identidad personal y social. Profundiza el aprendizaje hecho en el nivel de Educación Primaria. Los objetivos de la educación secundaria están orientados a:

- Profundizar la formación científica y humanística y el cultivo de valores adquiridos en el nivel primaria; y

- Brindar orientación vocacional y capacitar al educando en áreas diversificadas con criterios teóricos prácticos (33).

Alcanzar el nivel secundario, para las mujeres constituye un significativo avance, porque constituye una puerta para continuar con una carrera universitaria o técnica. Un a secundaria concluida es un logro que ayuda a la mujer a sentirse realizada consigo mismo.

- **Superior No Universitaria.** Comprende las Escuelas Normales, Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En todos estos casos el período de estudios tiene generalmente una duración no menor de 3 años.

- **Superior Universitaria.** Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años.

La educación superior es un factor fundamental en la reducción de las desigualdades sociales y, por tanto, en la construcción de justicia social, de igual forma puede disminuir las brechas de inequidad sanitaria existentes en el País, que a la larga, es la que conlleva a la mujer a formar parte de la alta incidencia de cáncer ginecológico, y en especial del CaCu (34).

**c). Estado civil.** Es la situación de la persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio o convivencia que existen en el país.

El estado civil, es una característica de las personas, que se estudia en todo censo poblacional, por la importancia que tiene en la formación y desaparición de la familia, la misma que es considerada como base fundamental en la que se sustenta la sociedad de un país. Comprende las categorías siguientes:

- **Conviviente** (unión de hecho). Es la persona que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.

- **Separada** (de matrimonio o de convivencia). Es la persona que está separado de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.

- **Casada.** Es la persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.

- **Viuda** (de matrimonio o convivencia). - Es la persona que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia.

- **Divorciada.** Es la persona que terminó su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia.

- **Soltera.** Es la persona que nunca se ha casado ni ha vivido, ni vive en unión de hecho o convivencia (35).

**d) Ocupación.** Es una actividad, realizada por las personas, orientada hacia una finalidad, que es la producción de un bien, o la prestación de un servicio, que da lugar a una realidad objetiva, que es exterior e independiente del sujeto, y es socialmente útil para la satisfacción de una necesidad. Ahora bien, cuando la ocupación se hace para obtener a cambio un ingreso, en calidad de asalariado, de empleador, o actuando por su propia cuenta, se denomina empleo (36)

Entre las categorías de ocupación se tiene:

- **Ama de casa.** Definida como la persona de 15 años o más, hombre o mujer, que toma las decisiones cotidianas de compra para la administración del hogar (35).

- **Empleada.** Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente intelectual; trabaja en una institución, organismo, empresa privada o estatal, por una remuneración quincenal o mensual por su trabajo en forma de sueldo, comisión, pago en especie, etc.

- **Obrera.** Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente manual; trabaja en una empresa o negocio privado o estatal, por una remuneración semanal, quincenal o diaria en forma de salario, destajo, comisión. Ejemplo: Obrero de fábrica de zapatillas, ayudante de albañil.

- **Trabajadora Independiente.** Es la persona que explota su propio negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio, no tiene trabajadores remunerados a su cargo.

- **Trabajador(a) del Hogar.** Es la persona que presta sus servicios remunerados en una vivienda particular. Estos servicios están referidos a tareas específicas del hogar como: Lavandera, cocinera, ama de llaves, mayordomo, chofer, etc. (35).

**e) Estrato socioeconómico.** Es la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica. La National Center for Educational Statistics, la define como una medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar. Así también, la Center for Research on Education, Diversity and Excellence, la presenta como la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y

la educación. El nivel socioeconómico junto al sexo y a la edad son los tres indicadores que componen cualquier estudio demográfico (37).

El estrato socioeconómico es considerado como un importante determinante social de la salud pues está relacionada con la prevalencia y el curso de la enfermedad y la autovaloración de la salud. Las desigualdades socioeconómicas en salud son evidentes en las causas específicas de la enfermedad, discapacidad y muerte prematura, incluyendo cáncer (38).

Es preciso resaltar, las definiciones de las dimensiones y variables sobre el nivel socioeconómico:

1. **Instrucción del jefe de familia.** Variable orientada a representar condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente. Definida por APEIM como el grado de instrucción del jefe de familia, siendo redefinida como el nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.
2. **Consulta médica.** Variable representativa de la situación económica actual de la familia y, en forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma.
3. **Características de la vivienda:** definida por APEIM como el conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida (techo, paredes y piso), reflejo de la situación social y económica.
4. **Ingreso económico de la familia.** Aspecto básico y eje principal de la evaluación del nivel socioeconómico.
5. **Hacinamiento.** Variable representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir, reflejando la situación social y económica en conjunto (37,39).

### 2.2.2. Factores gineco obstétricos

Entre los factores gineco obstétricos que en sinergia actúan directa o indirectamente sobre la decisión de tomarse un Papanicolaou están la edad de coitarquia, paridad, antecedente de haberse realizado un PAP anteriormente, número de parejas sexuales.

**a) Coitarquia.** Edad en la cual una persona inicia su primera relación sexual. En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2014 encontró que el 25% de mujeres entre los 15 a 19 años de edad mantenían una vida sexual activa y habían tenido más de una pareja sexual. Un estudio

en escolares de secundaria de Perú, evidenció que el 11% de los adolescentes mantiene una vida sexual activa, principalmente los varones. El informe revela que el 37,1% utiliza, a veces, algún método anticonceptivo y que el 29,2%, no utiliza ningún método durante sus relaciones sexuales, cuya importancia en salud pública radica en el hecho de que existe consenso acerca de que los adolescentes no usan anticonceptivos de manera suficiente. Esto indica que no existe una conducta preventiva (40).

Una disminución en la edad del inicio de las relaciones sexuales y un aumento de la actividad sexual, incrementa la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en jóvenes de ambos sexos y de embarazos no planificados en mujeres menores de 20 años. Este último fenómeno se asocia a mayores riesgos médicos, problemas psicológicos en la joven gestante y una serie de desventajas sociales. Por otro lado, las ITS tienen en la actualidad una gran relevancia debido a la pandemia del VIH/SIDA, no sólo por las infecciones agudas, sino por la gravedad de sus complicaciones y secuelas, además de la adquisición del VPH, virus relacionado con el CaCu (41).

**b). Paridad.** Es un término utilizado frecuentemente en el área de Obstetricia para clasificar a una mujer por el número de niños nacidos vivos y nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente se designa con el número total de embarazos y se representa por la letra P o la palabra “para” (42).

En el contexto de la salud pública, estudios han demostrado que, el incremento de la paridad aumenta el riesgo de cáncer escamoso de cuello, entre mujeres VPH positivas (43).

**c) Número de parejas sexuales.** Dícese del número de parejas con las cuales la mujer ha mantenido relaciones sexuales, ya sea de forma esporádica o mediante una relación civil estable.

El número de parejas sexuales está asociado a la presencia de CaCu prefiriéndose la monogamia como factor protector de riesgo, ni aun utilizando condón ya que su uso no protege al 100% contra la infección por el VPH, su uso previene el embarazo y el VIH, pero no la infección por el VPH (44).

Las relaciones sexuales con múltiples parejas y sin preservativo son el factor de riesgo más importante para la infección por VPH y evolución a CaCu, por lo que las mujeres debieran recurrir a la toma de Papanicolaou.

**d). Menopausia.** La menopausia, por definición, es el último periodo menstrual. Es parte universal e irreversible del envejecimiento, ya que implica al sistema reproductivo de la mujer y se diagnostica después de 12 meses de amenorrea, se caracteriza por una gran variedad de síntomas que incluyen, irregularidad en la menstruación, síntomas vasomotores y urogenitales, como sequedad vaginal y dispareunia; alteraciones del sueño y estado de ánimo. Los cambios hormonales y la sintomatología se manifiestan antes o inmediatamente después de la menopausia; este periodo se denomina con frecuencia climaterio o perimenopausia, pero se conoce cada vez más como la transición a la menopausia (MT) y su característica es que empieza antes de la menopausia (45).

Los síntomas de la menopausia interfieren con la calidad de vida, disfunción sexual y rendimiento laboral. La transición hacia la menopausia es un periodo crítico de la vida, durante él se producen cambios hormonales, somáticos y psicológicos que duran años; se pasa de la edad fértil a la no fértil como resultado de la pérdida de la función ovárica. La menopausia es considerada un paradigma en un extremo de la edad reproductiva, asociada con cambios hormonales (45).

La perimenopausia dura meses o años y en la falla ovárica prematura los síntomas menopáusicos son inmediatos. En la mayoría de los casos es posible el diagnóstico clínico: amenorrea de un año y síntomas vasomotores, pero se confirma con determinaciones hormonales con cifras de la hormona folículo estimulante  $> 40$  mU/mL y estradiol  $< 20$  pg/mL. La disminución de la fecundidad es la manifestación temprana, pero más evidentes son los bochornos e irregularidades menstruales propias del envejecimiento reproductivo.

Un tercio de las premenopáusicas inician con síntomas vasomotores, caracterizados por sensación de intenso calor en la parte superior del cuerpo que dura de 30 segundos a 5 minutos hasta por cinco años, acompañados de palpitaciones, cefalea, debilidad, mareo y vértigo que termina con sudoración

profusa y sensación de frío, disfunción sexual y trastornos del sueño nocturno, que individual y colectivamente, afectan la calidad de vida de las mujeres, se manifiestan en la última etapa de la perimenopausia y en las enfermedades crónico degenerativas (cardiovasculares, diabetes y osteoporosis) son más evidentes en la posmenopausia. La pérdida de la capacidad reproductiva y la disminución de la calidad de vida dominan las primeras fases del proceso del envejecimiento reproductivo, la atención en los cuidados primarios de salud permiten su prevención (45).

La función ovárica tiene implicaciones directas sobre la salud cardiovascular, ósea y piel; ligeras alteraciones subclínicas en estos sistemas se identifican el año anterior a la última menstruación, los síntomas vasomotores se relacionan con mayor recambio óseo y riesgo de fragilidad ósea posterior, consecuencias adversas para la salud cardiovascular; estrés oxidativo, reactividad vascular alterada, aumento de la presión arterial y dislipidemia con riesgo aterogénico, en premenopáusicas los trastornos del sueño se relacionan con mayor riesgo de hipertensión arterial sistémica. El proceso de envejecimiento de la piel se inicia tempranamente en la cuarta década, antes que las manifestaciones del envejecimiento ovárico sean aparentes (45).

### **2.2.3. Definición del cáncer cérvico uterino (CaCu)**

El CaCu, se lo define como una enfermedad en la cual se forman células malignas en los tejidos del cuello uterino, siendo el principal factor de riesgo, la infección por el virus del papiloma humano (46).

#### **2.2.3.1. Incidencia**

La tasa cruda de incidencia de CaCu en el Perú es de 31.3/100,000 y la tasa ajustada por edad de 34.5/100,000. De acuerdo con los datos publicados por Globocan 2012, al menos 4,636 mujeres se diagnostican con CaCu cada año, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú (5)

Además, al menos 1,715 mujeres mueren por este cáncer cada año, es decir casi 4 de cada 10 mujeres con CaCu mueren, fundamentalmente por lo tardío del diagnóstico en el país. Más aún, el CaCu es hoy en el Perú la neoplasia más frecuente (5).

Afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados.

### **2.2.3.2. Prevención del CaCu**

Atendiendo la teoría de Kuhn, se establece que una vez descubierto el origen viral del cáncer de cuello uterino se abrieron nuevas e interesantes opciones en la prevención y tratamiento en la prevención de las lesiones asociadas VPH, entre ellas el tamizaje mediante el tamizaje de Papanicolaou.

El CaCu uterino puede prevenirse y curarse si se detecta tempranamente a través de:

- Cambiar el estilo de vida o los hábitos de alimentación.
- Tomar medicamentos para tratar una afección precancerosa o para evitar que se presente un cáncer.
- Vacunación contra el VPH
- Aplazar el inicio de las relaciones sexuales en lo posible hasta la edad adulta.
- Protegerse para no contraer la infección por VPH, limitando el número de compañeros sexuales y utilizando el preservativo.
- Dejar de fumar
- Realizarse la toma de Papanicolaou periódicamente y reclamar el resultado (47).

Debido al proceso del CaCu, se sugiere que el tamizaje debe iniciar con las mujeres que se encuentran a mayor riesgo de desarrollar lesiones de alto grado, las mujeres mayores de 25 años de edad. Aunque el CaCu se desarrolla más frecuentemente en mujeres mayores de 40 años, las lesiones de alto grado por lo general se pueden detectar hasta 10 años antes, con un pico alrededor de los 35. Incluso las mujeres mayores de 50 años que se hayan realizado una prueba alrededor de los 30 o 40 años cuyo resultado fue negativo tienen un riesgo menor (26).

## **2.2.4. Papanicolaou (Citología cervical)**

### **a) Historia del Papanicolaou**

La citología ginecológica comienza, en sentido estricto, en 1943 con George N. Papanicolaou, quien dedicó cuarenta y cinco años al estudio de la citología exfoliativa; desde 1923 la propuso como un método para diagnóstico de cáncer uterino, sin embargo, el método no tuvo aceptación. El Dr. Papanicolaou continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal y cervical, así como técnicas de conservación y tinción de las células. En 1942 publicó la técnica de tinción que se conoce actualmente como Técnica de Papanicolaou; finalmente en 1943 junto al ginecólogo Traut publicó su trabajo, "Diagnóstico de cáncer uterino mediante frotis vaginal" trabajo que significó el reconocimiento internacional de la citología ginecológica. En años posteriores el nuevo método tuvo gran aceptación, perfeccionamiento y difusión (48).

### **b) Definición**

La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja. La citología cervical o cérvico vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de CaCu, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70% (48).

### **c) Inicio del tamizaje**

Se recomienda comenzar el tamizaje a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales, Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que, de acuerdo al interrogatorio y los antecedentes, el médico lo considere apropiado (49).

#### **d) Modalidades de tamizaje**

1. Sólo citología
2. Citología y evaluación colposcópica en el mismo momento
3. Sólo con test de HPV
4. Test de HPV + citología

La evaluación colposcópica incluye todo el estudio del tracto genital inferior (TGI): cuello, vagina, vulva, perineo y periano (49).

#### **e) Intervalos de tamizaje**

Determinados grupos etáreos, son considerados en la Salud pública como un eje de desigualdad en el enfoque de los determinantes sociales de la salud y han sido considerados para el tamizaje con la finalidad de reducir las desigualdades en Salud (50), considerando que, la incidencia pico para carcinoma in situ del cérvix es alrededor de 30 a 35 años, mientras que para el invasivo es cerca de los 50. Por esta razón, los programas de tamizaje concentran sus esfuerzos en el grupo de 30 a 50 años. Pero un factor importante como lo es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, hace importante priorizar la población para tamizaje, detección y tratamiento de lesiones pre cáncer en el grupo de 25 – 50 años.

Sin embargo, se recomienda que se prioricen también las mujeres de mayor edad que nunca se hayan hecho un Papanicolaou, ya que más del 25% de los casos del CaCu invasivo ocurren en mujeres mayores de 65 años; y 40% a 50% de todas las mujeres que mueren de CaCu tiene más de 65 años (26) .

- *21 años de edad*

La primera prueba de Papanicolaou deberá hacerla la mujer a la edad de 21 años. Aunque la mujer tenga ya relaciones sexuales. Las pruebas de Papanicolaou no se recomiendan sino hasta los 21 años de edad.

- *21 a 29 años de edad*

Se recomienda la prueba de Papanicolaou cada 3 años a las mujeres en su década de los veinte. Las mujeres en este grupo de edad no deberán hacerse la prueba del VPH de rutina porque las infecciones por el virus del papiloma humano en estas edades tienden a durar muy poco tiempo y desaparecen por sí solas. Pero, si una mujer en este grupo de edad tiene un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou, los exámenes de seguimiento pueden incluir una prueba del VPH.

- *30-65 años de edad*

Se recomienda que las mujeres en este grupo de edad se hagan tanto la prueba de Papanicolaou como la prueba de VPH (prueba conjunta) cada 5 años o una prueba de Papanicolaou sola cada 3 años. Este intervalo más largo entre las pruebas permite todavía detectar cambios celulares a tiempo para tratarlos si es necesario, pero reduce el tratamiento de cambios celulares que desaparecerían por sí solos de todos modos.

- *Mayores de 65 años de edad*

Las mujeres en este grupo de edad deberán hablar con el personal de salud para saber si todavía son necesarios los exámenes de detección. Si la mujer se ha hecho exámenes de detección con regularidad y los resultados recientes de sus pruebas fueron normales, es probable que no sea ya necesario hacerse más exámenes de detección, pero si los resultados de sus pruebas recientes fueron anormales, o si ha hecho los exámenes de detección con regularidad, es importante consultar con el ginecólogo (49).

Actualmente el Ministerio de Salud en su guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino (2017) establece que:

Para el tamizaje en mujeres de 50 a 64 años se recomienda:

- Hacer PAP (citología cervical) cada 3 años. Es importante en esta edad asegurar la toma de muestras endocervicales.

En caso se encuentren lesiones pre malignas de bajo grado o mayores (LIEBG+), se realizará una colposcopia. De encontrarse lesiones visibles se tomarán biopsias, de lo contrario se realizará curetaje endocervical (CEC) a cargo del médico entrenado.

Si se obtienen dos PAP negativos consecutivos ya no se recomienda seguir haciendo tamizaje (27).

#### **f) Técnica de la toma 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.

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 ahí 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 (51).

#### **g) Clasificación de Papanicolaou**

**Negativo por malignidad:** el frotis no presenta alteraciones morfológicas de neoplasia maligna o de lesión premaligna (displasia).

**Sospechosa por malignidad.** Existen alteraciones morfológicas, pero no son concluyentes.

**Positivo por malignidad:** el frotis presenta alteraciones morfológicas en células epiteliales escamosas o glandulares, incluye:

- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC I) (Displasia Leve).
- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC II) (Displasia Moderada).
- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NIC III) (Displasia Severa) /carcinoma in Situ. -Carcinoma de Células Escamosas.
- Adenocarcinoma.

### 2.3. Definición de términos básicos

**Cáncer cérvico vaginal.** Es el cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina (52).

**Citología cervical.** Es la prueba de tamizaje para las lesiones intra-epiteliales – LIE, predecesoras del cáncer cérvico uterino (1).

**Coitarquia.** Inicio de las relaciones sexuales (53).

**Factores sociales y demográficos.** Son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar o en el espacio en el que se encuentren.

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma.

En tanto que la demografía es el estudio de las poblaciones en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, ocupación, entre otros (54).

**Papanicolaou.** Es el método de tamizaje que consiste en la toma de una muestra de las células de la unión de los epitelios escamoso y Columnar del cérvix uterino, del fondo del saco vaginal posterior y de material endocervical (55).

**Tamizaje.** Las pruebas de tamizaje permiten, de manera no tan específica pero estandarizada, conocer el estado en el que se encuentra determinado grupo poblacional en torno a una situación médica o una enfermedad (56).

**Virus del Papiloma Humano (VPH).** Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) de alta incidencia mundial; desempeña un rol importante en la génesis de las lesiones pre-neoplásicas y del cáncer invasivo de cuello uterino (57).

## **CAPÍTULO III**

### **PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

Existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y gineco obstétricos y la toma de Papanicolaou en mujeres atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, provincia de Chota, año 2018.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

1. Los factores sociodemográficos se asocian significativamente a la toma de Papanicolaou en mujeres atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, provincia de Chota, año 2018.
2. Los factores gineco obstétricos se asocian significativamente a la toma de Papanicolaou en mujeres atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, provincia de Chota, año 2018.

#### **3.2. Variables**

##### **3.2.1. Variable independiente**

Factores sociodemográficos

Factores gineco obstétricos

##### **3.2.2. Variable dependiente**

Toma de Papanicolaou

### 3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de la hipótesis

Variable	Sub variables	Definición conceptual	Indicadores	Escala
<b>Variable independiente</b> Factores sociodemográficos y gineco obstétricos	<b>Factores sociodemográficos.</b> Elementos de la estructura social los cuales pueden llegar a diferenciarse o ampliamente confluir en la decisión de la mujer de optar por el Papanicolaou o no (Elaboración propia)	<b>Edad.</b> Años de vida que tiene la mujer al momento de la aplicación de la encuesta (58)	50-54 años 55-59 años 60-64 años	De razón
		<b>Grado de instrucción.</b> Años cursados y aprobados por la mujer en algún tipo de institución educativa. (58)	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
		<b>Estado civil.</b> Situación civil de la mujer, al momento de realizar la encuesta. (58)	Soltera Casada Viuda Conviviente	Nominal
		<b>Ocupación.</b> Tipo de trabajo que desempeña la mujer. (58)	Empleada Obrera Independiente Trabajadora del hogar Ama de casa.	Nominal
		<b>Nivel socio económico.</b> Clases o grupos en que se divide la población de mujeres de acuerdo con el distinto poder adquisitivo y nivel social. (37)	NSE alto (A) NSE medio (B) NSE bajo superior(C) NSE bajo inferior(D) Marginal (E)	Ordinal
	<b>Factores gineco obstétricos.</b> Características inherentes a la salud sexual y reproductiva de la mujer que pueden influir en su decisión, para la toma de Papanicolaou. (Elaboración propia)	<b>Coitarquia.</b> Edad en la cual la mujer inició su primera relación sexual. (59)	<15 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35 - + años	De razón
		<b>Paridad.</b> Número de hijos que ha tenido la mujer. (60)	Nulípara Primípara Secundípara Multípara Gran multípara	Nominal
		<b>N° de parejas sexuales.</b> práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas. (60)	1 2 - 4 > = 5	De razón
		<b>Menopausia</b> Edad de la última menstruación de la mujer (60)	40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-60 años	De razón
	<b>Variable dependiente.</b> Toma de Papanicolaou	Decisión voluntaria de acudir a la toma de la muestra de Papanicolaou (7)	Nunca 1-3 años >3-6 años	Intervalo

## CAPITULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. Ubicación geográfica

El estudio se desarrolló en los Puestos de Salud Sangana: Anguyacu, Guayabo, Puquiopampa y San Juan de Unicán, todos pertenecientes al distrito de Miracosta – Chota, el cual se encuentra en la parte norte central del Perú que limita al Limita por el norte con el distrito de Incahuasi (provincia de Ferreñafe); por el este con el distrito de Querocoto; por el sur con el Distrito de Llama; y por el oeste con el Distrito de Tocmoche (provincia de Chota). Está ubicado a una altura de 2990 m.s.n.m. y ocupa una superficie de 415.69 km<sup>2</sup>.

La economía de los pobladores de la zona está en base al comercio de productos de panllevar dependiendo de la zona. En Anguyacu se comercializa, en pequeñas cantidades, el plátano, la lúcuma, papaya, naranja, mango, cacao, yuca, camote, zanahoria, pepinillo y otros productos; en Guayabo, se cosecha y vende trigo, maíz, aunque algunas zonas tienen café. En Sangana, hay trigo, habas, ocas, ollucos y algunos animales como cuyes, cerdos y algún ganado vacuno; en Puquiopampa, existe la intervención de Foncodes, quienes propician los bio huertos y la cría de animales menores como patos y cuyes, y se siembra frejol y trigo destinados al comercio, mientras que hay producción de leche y queso para consumo de la comunidad.

No obstante, estas actividades a las que se dedican los pobladores de la zona, la mayoría de mujeres, cuenta con niveles educativos muy bajos y viven del apoyo de programas sociales que reciben por sus hijos, nietos o esposos como Programa “Vaso de leche”, “Juntos”, “Pensión 65” que les sirve para comprar algunos víveres para su canasta básica familiar.

La información sobre pobreza que se tiene de estas comunidades, confirma las deficiencias, y carencias que sufren los productores agropecuarios independientes de la zona, es decir que, viven en situación de extrema pobreza, ocupando el quintil I.

## 4.2. Tipo de estudio

El presente estudio es tipo descriptivo correlacional, de corte transversal

**Descriptivo**, porque el estudio estuvo dirigido a describir los factores sociodemográficos y gineco obstétricos de las mujeres de 50 – 64 años de edad del distrito de Miracosta

**Correlacional**, porque se determinó la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco obstétricos y la toma de Papanicolaou.

**De corte transversal**, porque el estudio se hizo en una población definida y en un punto específico de tiempo.

## 4.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

### 4.3.1. Población

La población en el presente estudio estuvo constituida por todas las mujeres de 50 – 64 años de las jurisdicciones de los Puestos de Salud del distrito de Miracosta que según la Dirección de Estadística e Informática de la Dirección Subregional Chota 2018 fue de 139 mujeres.

### 4.3.2. Muestra

La muestra en el presente estudio estuvo constituida por 102 mujeres de 50 – 64 años de las jurisdicciones de los Puestos de Salud del distrito de Miracosta de la provincia de Chota.

El tamaño de la muestra se calculó considerando el tipo de muestreo probabilístico es decir que todas las mujeres de los Puestos de Salud del distrito de Miracosta tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas para formar parte de una muestra, con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%. La determinación de las 102 unidades muestrales obedece a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

n= Tamaño de la muestra

N= 139 mujeres de 50 – 64 años

Z= 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0.50 (Proporción estimada de mujeres que acuden a la toma de Papanicolaou, valor utilizado, para determinar la probabilidad de que ocurra el evento)

Q= 0.50 (Complemento de P)

Tomando en consideración que la suma de ambos valores p + q será invariablemente siempre igual a 1, cuando no se cuenta con suficiente información, se le asigna p = .50 y q = .50

E= 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones máxima)

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{139(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(139 - 1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$n = 102$$

El tamaño de muestra se dividió por estratos considerando la población por puesto de salud, luego se utilizó el muestreo estratificado con afijación proporcional con el objeto de determinar el tamaño de muestra a seleccionar por cada estrato de la siguiente manera:

**Tabla 1**  
**Distribución de las mujeres atendidas en los Puestos de Salud de la jurisdicción de Miracosta**

<b>Estrato (Establecimientos de Salud)</b>	<b>Tamaño del estrato (Población de mujeres de 50 a 64 años)</b>	<b>Proporción</b>	<b>Muestra</b>
P.S. Anguyacu	35	0,252	26
P.S. Guayabo	23	0,165	16
C.S. Sangana	28	0,201	21
P.S. Puquiopampa	20	0,143	15
P.S. San Juan de Unicán	33	0,237	24
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>1,000</b>	<b>102</b>

Fuente: Oficina de Estadística e Informática DISA Chota. 2017

#### **4.4.3. Unidad de análisis**

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las mujeres entre 50-64 años, atendidas en los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.

#### **4.4.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión**

Mujeres en pleno uso de sus facultades mentales

Mujeres que aceptaron voluntariamente ser parte del presente estudio.

##### **Criterios de exclusión**

Mujeres con diagnóstico de cáncer cérvico uterino.

Mujeres procedentes de otros establecimientos de salud diferentes a los de la micro Red de Tocmoche.

#### **4.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información**

La recopilación de la información se realizó siguiendo cuidadosamente una serie de pasos:

Primero se solicitó información a los diferentes establecimientos sobre la población de mujeres entre los 50-64 años de edad.

Segundo: según la muestra obtenida estadísticamente y por estratos según los puestos de salud, y utilizando el padrón nominal para filtrar los datos respecto de las mujeres de la edad estimada, se procedió a visitar a cada una de ellas en sus domicilios, barriendo las zonas, primero las de mayor accesibilidad y luego las más distantes, hasta completar el tamaño de la muestra.

A cada una de las mujeres se les informó la naturaleza de la investigación, y se les solicitó su permiso para realizar la encuesta, luego de que firmaron el consentimiento informado se procedió a encuestarlas.

La técnica utilizada en el presente estudio fue la encuesta y como instrumentos se utilizaron:

- 1) Un cuestionario de recolección de datos estructurado por la autora de la investigación el cual consta fundamentalmente de datos sociodemográficos como edad, nivel educativo, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico, así como datos gineco obstétricos como coitarquia, paridad, número de parejas sexuales y edad de menopausia en caso ya se haya presentado. (Anexo 01).

El instrumento ha sido validado mediante la prueba estadística de Coeficiente de Validación "V" Aiken con un valor  $> 0,70$  considerado como válido (Anexo 02).

La confiabilidad del instrumento ha sido determinada mediante la prueba estadística del Alfa de Cronbach con un valor de 0,855. (Anexo 03)

- 2) **Escala APEIM** para medir nivel socioeconómico, la cual consta de 5 reactivos:

**1° Reactivo** correspondiente al nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.

**2° Reactivo.** Correspondiente al material predominante en el piso del hogar.

**3° Reactivo.** Acceso a salud en caso de hospitalización: representativa de la situación económica actual de la familia y, en forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma.

**4°. Reactivo.** Corresponde al ingreso económico mensual del que dispone la familia. por ser un aspecto básico y eje principal de la evaluación del nivel socioeconómico.

**5° Reactivo.** Correspondiente al hacinamiento: representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir.

Cada reactivo tiene su propio puntaje, cuyo total mide el nivel socio económico clasificándolo de la siguiente manera:

Nivel socioeconómico A = 22-25 puntos;

Nivel socioeconómico B = 18-21 puntos;

Nivel socioeconómico C = 13-17 puntos;

Nivel socioeconómico D = 9-12 puntos y

Nivel socioeconómico E = 5-8 puntos. (Anexo 04).

La escala ha sido modificada de la versión original propuesta realizada por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) (61).

La escala utilizada ha sido validada por Vera, O y col. (2013), en una población de Lambayeque, posee una confiabilidad de 0,9017, según Alfa de Crombach y cada ítem posee un valor muy similar fluctuando (0,9013 – 0,9048); de igual forma antes de aplicarla, en el presente estudio, también se determinó la validez del instrumento mediante la prueba de criterio de jueces, utilizando el coeficiente de validación “V” Aiken con un resultado  $> 0,70$  considerado como válido. (Anexo 05)

#### **4.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información**

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información.

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 22 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples, frecuencias absolutas y relativas.

Para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y gineco obstétricos y la toma de Papanicolaou se utilizó la prueba de independencia de criterios del Chi cuadrado, con una confiabilidad del 95% y considerando que existe asociación si el coeficiente de correlación es  $\leq 0,05$ .

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

**Fase descriptiva.** Consistente en describir los resultados referentes a los factores sociodemográficos y gineco obstétricos y la toma de Papanicolaou.

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

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. Presentación de resultados

**Tabla 2. Factores sociodemográficos de las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

<b>Edad</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
50-54 años	31	30,4
55-59 años	37	36,3
60-64 años	34	33,3
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Primaria incompleta	31	30,4
Primaria completa	47	46,1
Secundaria incompleta	20	19,6
Secundaria completa	4	3,9
<b>Estado civil</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Soltera	8	7,8
Casada	45	44,1
Viuda	10	9,8
Conviviente	39	38,2
<b>Ocupación</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	100	98,0
Empleada del hogar	1	1,0
Trabajadora independiente	1	1,0
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
NSE C	1	1,0
NSE D	86	84,3
NSE E	15	14,7
Total	102	100,0

Fuente: cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

En la presente tabla se observa que los porcentajes de los grupos etarios de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes puestos de salud del Valle Río Sangana – Miracosta son similares, con 36,3% para las mujeres de 55-59 años; 33,3% para el grupo de 60-64 años; y 30,4% para el grupo de 50-54 años.

Tienen primaria completa en 46,1%, 30,4% tiene primaria incompleta; un importante 19,6% dijo tener secundaria incompleta y solamente 3,9% manifestó haber terminado la secundaria. El 44,1% de mujeres dijo ser casada, 38,2% convivientes, 9,8% viudas y 7,8% solteras.

Referente a la ocupación, 98% de mujeres del estudio manifestaron ser amas de casa, porcentajes mínimos (1%) dijeron ser empleadas del hogar y trabajadoras independientes.

En cuanto al nivel socioeconómico (NSE) se observa que 84,3% de las mujeres pertenecen al nivel socioeconómico D; el 14,7% al NSE E y 10% al NSE C.

**Tabla 3. Factores gineco-obstétricos de las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

<b>Paridad</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Nulípara	2	1,8
Primipara	4	3,7
Segundípara	2	1,8
Múltipara	33	30,3
Gran múltipara	61	56,0
<b>Edad de coitarquia</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
< 15 años	18	17,6
15-19 a	57	55,9
20-24 a	24	23,5
25-29 a	1	1,0
30-34 a	2	2,0
<b>Número de parejas sexuales</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
1-2	98	96,1
3-4	2	2,0
5-6	1	1,0
+6	1	1,0
<b>Edad de Menopausia</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Antes de 40	1	1,0
40-44	14	13,7
45-49	47	46,1
50-54	36	35,3
55-60	4	3,9
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

Se nota en los presentes datos que el 56% de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, son granmúltiparas es decir que han tenido 6 o más partos, seguido del 30,3% de múltiparas.

En cuanto a la edad de coitarquia, el 55,9% de mujeres manifestaron haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años; un 23,5% lo hizo entre los 20-24 años; un significativo porcentaje (17,6%) de mujeres inició su vida sexual activa antes de los 15 años. En cuanto al número de parejas sexuales el 96,1% de mujeres dijeron haber tenido entre 1 y 2 parejas sexuales, el 2% de 3-4 parejas.

Otro dato, es la edad de menopausia; en el presente estudio se encontró que el 46,1% de mujeres refirió que tuvo su menopausia entre los 45 y 49 años de edad, el 35,3% dijo haber sucedido este acontecimiento entre los 50-54 años de edad.

**Tabla 4. Toma de Papanicolaou en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

<b>Toma de Papanicolaou</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Nunca	7	6,9
1-3 años	71	69,6
>3-6 años	24	23,5
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Fuente: cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

En los datos de la presente tabla se evidencia que la mayoría de mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, refirieron haberse realizado una toma de Papanicolaou con una frecuencia de 1-3 años con 69,6%; mientras que el 23,5% dijo que lo habían hecho con una frecuencia > 3-6 años, solamente el 6,9% de mujeres nunca se hizo una toma de muestra para Papanicolaou.

**Tabla 5. Toma de Papanicolaou, según edad, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

Edad	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
50-54 años	3	9,7	24	77,4	4	12,9	31	30,4
55-59 años	1	2,7	28	75,7	8	21,6	37	36,3
60-64 años	3	8,8	19	55,9	12	35,3	34	33,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 6,414$

$p = 0,170$

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

Se puede observar en la presente tabla que el 77,4% de las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota de 50-54 años refirieron haberse realizado una toma de Papanicolaou entre 1 a 3 años; de igual forma el 75,7% de mujeres de 55-59 años también refirió que lo hizo con la misma frecuencia. El grupo de mujeres de 60-64 años (35,3%) refirieron haberse realizado una toma de Papanicolaou en un periodo de tiempo mayor de lo propuesto en las guías (>3-6 años); así como también existen mujeres que dijeron que nunca se realizaron una toma de Papanicolaou en los diferentes grupos etarios, en 9,7% (mujeres de 50-54 años); 2,7% (mujeres de 55-59 años) y 8,8% (mujeres de 60-64 años).

**Tabla 6. Toma de Papanicolaou, según grado de instrucción, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

Grado de instrucción	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Primaria incompleta	2	6,5	14	45,2	15	48,4	31	30,4
Primaria completa	4	8,5	34	72,3	9	19,1	47	46,1
Secundaria incompleta	1	5,0	19	95,0	0	0,0	20	19,6
Secundaria completa	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	3,9
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

$X^2 = 19,836$

$p = 0,003$

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

Se evidencia en la presente tabla que el 100% de mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota con secundaria completa manifiestan hacerse el examen de Papanicolaou entre 1-3 años, según las guías del Ministerio de Salud, el 95% de mujeres con secundaria incompleta también cumplieron esta periodicidad, igualmente el 72,3% de mujeres con primaria completa y el 45,2% de mujeres con primaria incompleta (27). Se logra observar que mientras menor es el nivel educativo de la mujer, mayor es el porcentaje de aquellas que manifestaron nunca haberse realizado un Papanicolaou o habérselo hecho con poca frecuencia (48,4%).

**Tabla 7. Toma de Papanicolaou, según estado civil, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

Estado civil	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera	0	0,0	4	50,0	4	50,0	8	7,8
Casada	5	11,1	30	66,7	10	22,2	45	44,1
Viuda	0	0,0	8	80,0	2	20,0	10	9,8
Conviviente	2	5,1	29	74,4	8	20,5	39	38,2
Total	7	6,9	71	69,6	24	23,5	102	100,0

$$X^2 = 5,988$$

$$p = 0,425$$

Fuente: cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

En los datos de la presente tabla se logra observar que el 50% de mujeres solteras de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota refirieron haberse realizado una prueba de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años, otro 50% dijo haberlo hecho en un periodo más prolongado (>3-6 años); el 66,7% de mujeres casadas también refirió hacerlo en un lapso de 1-3 años, el 22,2% de este mismo grupo de mujeres, refirieron acudir a una toma de Papanicolaou en >3-6 años y el 11,1% dijo que nunca se realizó uno. Del grupo de mujeres convivientes, el 74,4% dijo que se realiza el Papanicolaou en 1-3 años y el 20,5% en >3-6 años, mientras que el 5,1% dijo que nunca se hizo ningún Papanicolaou.

**Tabla 8. Toma de Papanicolaou, según ocupación, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.**

Ocupación	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ama de casa	7	7,0	69	69,0	24	24,0	100	98,0
Empleada del hogar	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,0
Trabajadora independiente	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

$X^2 = 0.891$

$p = 0.926$

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

En la presente tabla se logra evidenciar que del total de mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota que manifestaron ser amas de casa, (98%); el 69% dijeron que se realizan el Papanicolaou con una frecuencia de 1- 3 años, el 24% manifestó que lo hacen con una frecuencia de >3-6 años y el 7% dijeron que nunca lo hacen.

**Tabla 9. Toma de Papanicolaou, según nivel socioeconómico, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.**

Nivel socioeconómico (NSE)	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
NSE C	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	1,0
NSE D	6	7,0	61	71,0	19	22,0	86	83,7
NSE E	1	6,7	9	60,0	5	33,3	15	15,3
Total	7	6,9	71	69,6	24	23,5	102	100,0

$X^2= 1,364$

$p = 0.850$

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

En los presentes datos se observa que, la mayoría de mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta pertenecen al nivel socioeconómico D; no obstante, de este grupo, el 71% de mujeres refirieron haberse realizado un Papanicolaou con una frecuencia de 1-3 años, pero el 22% lo hizo en un tiempo >3-6 años y el 7% nunca se ha realizado una prueba. Un importante 60% de mujeres del nivel socioeconómico E también manifestó acudir a realizarse una prueba de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años, aunque, el 33,3% de mujeres de este mismo grupo dijo hacerlo en un periodo >3-6 años y el 6,7% nunca haberlo hecho.

**Tabla 10. Toma de Papanicolaou, según paridad, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

Paridad	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Nulípara	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	2,0
Primípara	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	3,9
Secundípara	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	2,0
Múltipara	1	3,0	26	78,8	6	18,2	33	32,4
Gran múltipara	4	6,6	42	68,9	15	24,6	61	59,8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>

$X^2= 17,347$

$p = 0.027$

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

Se puede observar en los presentes datos que del grupo de múltiparas el 78,8% manifestó acudir a una toma de Papanicolaou entre 1-3 años; solamente el 18,2% dijo hacerlo en un periodo > 3 -6 años; de igual forma del grupo de las gran múltiparas, el 68,9% refirió acudir a una toma de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años y el 24,6% en un periodo > 3-6 años. Se identifica además que, del grupo de las primíparas el 50% refiere acudir a una toma de Papanicolaou, el 25% dijo que nunca se ha realizado uno y solamente el 25% manifestó acudir a una toma de Papanicolaou.

**Tabla 11. Toma de Papanicolaou, según coitarquia, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.**

Coitarquia	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
< 15 años	1	5,6	13	72,2	4	22,2	18	17,6
15-19 años	6	10,5	38	66,7	13	22,8	57	55,9
20-24 años	0	0,0	18	75,0	6	25,0	24	23,5
25-29 años	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,0
30-34 años	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	2,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
$\chi^2 = 4,323$							$p = 0.827$	

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

Los datos de la presente tabla muestran que el 66,7% de mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta que iniciaron sus relaciones sexuales (coitarquia) entre los 15-19 años refieren haberse realizado un Papanicolaou entre 1-3 años; sin embargo, de este mismo grupo de mujeres, el 22,8% lo hace con una frecuencia de > 3-6 años; el 75% de mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 20-24 años, se realizan una toma de Papanicolaou entre 1-3 años y el 25% entre > 3-6 años.

**Tabla 12. Toma de Papanicolaou, según número de parejas sexuales, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018.**

Número de parejas sexuales	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
1-2	5	5,1	70	71,4	23	23,5	98	96,1
3-4	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	2,0
5-6	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
+6	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100m0</b>

$\chi^2 = 23,315$

$p = 0,001$

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

La presente tabla muestra que las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, que han tenido de 1-2 parejas sexuales, manifestaron que se han realizado un Papanicolaou entre 1 a 3 años en 71,4%; el 23,5% de mujeres de este mismo grupo, dijo hacerlo con una frecuencia > de 3- 6 años y el 5,1% refirió que nunca se hizo una prueba; datos preocupantes lo constituye el grupo de mujeres con 3-4 parejas sexuales quienes manifestaron, en un 50% que nunca se hicieron una prueba de Papanicolaou y el 100% de quienes manifestaron haber tenido de 5-6 parejas sexuales dijeron que tampoco se realizaron esta prueba.

**Tabla 13. Toma de Papanicolaou, según edad de menopausia, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018**

Menopausia	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Antes de 40 años	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,0
40-44 años	0	0,0	9	64,3	5	35,7	14	13,7
45-49 años	4	8,5	31	66,0	12	25,5	47	46,1
50-54 años	3	8,3	27	75,0	6	16,7	36	35,3
55-60 años	0	0,0	3	75,0	1	25,0	4	3,9
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>6,9</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>	<b>24</b>	<b>23,5</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>
$X^2 = 3,978$							$p = 0,860$	

**Fuente:** cuestionario sociodemográfico y gineco-obstétrico

En la presente tabla se observa que tanto las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, que tuvieron la menopausia entre los 50-54 años y entre los 55 – 60 años, refirieron que se hicieron una toma de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años con 75% en cada grupo; seguido del grupo de mujeres que tuvieron la menopausia entre los 45-49 años que, en el 66% también dijeron que se hicieron una toma de Papanicolaou en este periodo de tiempo; de igual forma las mujeres con menopausia a los 40-44 años, manifestaron que se realizaron una toma de Papanicolaou en este mismo periodo de tiempo en 64,3%. Este mismo grupo de mujeres el 35,7% dijeron que se hicieron una toma de Papanicolaou en un periodo >3-6 años.

## 5.2. Análisis, y discusión de resultados

### ANÁLISIS, Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El CaCu es la enfermedad que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes en mujeres entre 35 y 64 años, a nivel mundial, a pesar de que la enfermedad podría prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles. Afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables, que no acceden a los servicios de tamizaje, siendo diversos los factores que impiden a las mujeres acceder a una toma de Papanicolaou, tanto sociodemográficos como gineco obstétricos y que las hace totalmente vulnerables a contraer la enfermedad. Siendo indispensable identificar qué factores se asocian a la toma de Papanicolaou, mediante diversas investigaciones.

En el presente estudio las edades de las mujeres de las jurisdicciones de los puestos de salud del valle Río Sangana – Miracosta, han sido consideradas de 50-64 años de edad, según lo establece el Ministerio de Salud para la citología convencional (PAP) mientras que desde los 30 a los 49 años recomienda el tamizaje con prueba de VPH o IVAA, para mejorar la cobertura y calidad de tamizaje del cáncer de cuello uterino (5). Se han distribuido en grupos de 50-54 años (30,4%); 55-59 años (36,3%) y de 60-64 años (33,3%).

Diferentes investigadores, sin embargo, han tomado en cuenta en sus investigaciones otros grupos etarios, como Leiva (2011) quien realizó su estudio en mujeres de 30 y 39 años (117 casos) y con 40 y 49 años (113 casos) (15); Martínez y col (2015) también realizó su estudio considerando mujeres de 15 a 45 años, identificando que el mayor porcentaje (50,64%) lo constituía el grupo de 21 – 30 años (50,64%). Praslín (2016) realizó su estudio en mujeres de 20 años a más de 50 años; Velasco (2018), lo hizo en mujeres de 26 a 35 años (18,19). Otros autores como Huamaní (2008), Medrano (2015), Ponce (2016), Sevillano (2016), Vásquez (2016) y Salinas (2017), también realizaron sus investigaciones en mujeres que tenían entre 20 a 50 años (62,20,22,23,24).

Independientemente de la norma técnica del Ministerio de Salud, estas mujeres tienen ciertas características biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales que les

otorgan capacidades intrapersonales e interpersonales que le dan mayor poder de decisión de proteger su salud o no dependiendo del contexto social y económico del cual forman parte.

El 46,1% de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes puestos de salud del valle Río Sangana – Miracosta, manifestaron tener primaria completa, el 30,4%, primaria incompleta; un importante 19,6% dijo tener secundaria incompleta y solamente el 3,9% manifestó haber terminado la secundaria. Datos disímiles fueron reportados por Martínez y col (2015), él identificó que el 32,47% de mujeres encuestadas tuvieron primaria completa (16); de igual forma otros investigadores también encontraron datos diferentes; Pineda (2015), reportó en su estudio que la gran mayoría de mujeres encuestadas tenían escolaridad secundaria con 56% y primaria con 17%; Ponce (2016) encontró en su estudio que el nivel de escolaridad de las mujeres del estudio fue secundaria con 33,1%, seguida por la técnica con 26,1%; Sevillano (2016) por su parte determinó que el 49,2% de mujeres tenía secundaria y Vásquez (2016) encontró que el 69,3% de mujeres tenía estudios básicos, de igual forma Salinas (2017) identificó que el 51,7% de usuarias del Hospital San Juan de Luriganchu, tenían secundaria; (17,21,22,23,24). Velasco (2018) informa que en su estudio, el nivel de escolaridad que predominó en las mujeres fue la primaria, dato coincidente al encontrado en el presente estudio (19). Un dato interesante fue reportado por Praslin (2016), quien identificó que el 92% de mujeres eran analfabetas (18).

Los datos encontrados permiten observar que las diferencias de género en contra de la mujer aún persisten, los patrones culturales que la privan de una educación mayor continúan vigentes, o es que la educación aun no es vista como una verdadera necesidad urgente para salir del subdesarrollo y disminuir las brechas que existen entre la poblaciones urbanas y rurales o simplemente para salir de la pobreza.

El nivel educativo es un importante determinante de la salud, pues a mayor grado de instrucción, mayor es el conocimiento que pueden adquirir, las mujeres, en temas de salud. Las mujeres que han adquirido un mayor nivel educativo serán capaces de utilizar su capacidad de discernimiento, obtener mayor conocimiento sobre la prevención del cáncer, tener una actitud positiva y optar por solicitar una prueba de Papanicolaou. Sin embargo, en la mayoría de los casos la baja escolaridad dificulta asimilar algunos conceptos biomédicos y actuar por criterio común dejándose llevar de la opinión de terceros y de creencias populares que por lo general están envueltos de mitos y falacias sobre todo en lo que respecta a la toma del Papanicolaou por ser

una prueba que de alguna manera vulnera la intimidad de la mujer. Sin embargo, tal como sostenía el Filósofo Platón, “el conocimiento es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente”. (63).

Ramírez (2014) afirma que el bajo nivel educativo aumenta 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 (51).

Estudiosos como Farro (2014) señalan que existe correlación entre el aumento de la educación de las mujeres y las mejores condiciones de salud de ellas y sus familias, la mayor escolaridad es un factor determinante de la práctica de medidas de prevención de riesgos y daños, así como la realización de actividades de protección de la salud, como la toma de Papanicolaou (64).

Respecto al estado civil el 44,1% de mujeres de las jurisdicciones de los Puestos de Salud del valle Río Sangana – Miracosta, dijo ser casada, el 38,2% convivientes, el 9,8% viudas y el 7,8% solteras, datos similares fueron encontrados por Martínez (2015) quien encontró que el 49,35% de las mujeres de su estudio eran casadas; Pineda (2015) también encontró que la gran mayoría de mujeres tenía pareja estable, en unión de hecho estable (31%), aunque el dato de casadas (23%) fue menor a los encontrados en el presente estudio (16,17); datos diferentes fueron encontrados por Praslin (2016) quien determinó que en unión de hecho estable fueron 59% de igual forma, Velasco (2018) encontró que la mayoría de mujeres estuvo en unión libre; Ponce (2016) determinó que el 40,8% de mujeres eran convivientes y un 29,2%, solteras; Sevillano (2016) indicó que el 51,7% de mujeres eran convivientes y Salinas (2017) mostró que eran convivientes en 58,6% (18,19,21,22,24).

El estado civil influye en la decisión de una mujer para una toma de Papanicolaou pues, las mujeres que no tienen una pareja sexual tienen la creencia de no tener riesgo de padecer un cáncer cérvico uterino, de otra parte, las mujeres casadas y convivientes también suelen tener problemas sobre todo en la zona rural donde existe mala comunicación y conductas “machistas” que adoptan los varones como prohibir a sus parejas que acudan a revisión ginecológica porque “creen que la intimidad de su pareja es de su propiedad”, en esta zona también existe evidencia de prácticas como la infidelidad, sin protección, que expone a las mujeres a un mayor riesgo de contagio del VPH.

Referente a la ocupación, el 98% de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del valle Río Sangana – Miracosta, manifestaron ser amas de casa,

porcentajes mínimos (1%) dijeron ser empleadas del hogar y trabajadoras independientes. Datos elevados, pero menores a los encontrados en el presente estudio fueron reportados por Praslin (2016), Sevillano (2016) y Martínez (2015) quienes informaron que las mujeres eran amas de casa en el 78%,75,8% y 62,66%, respectivamente (18,22,16); mientras que otros como Pineda (2015) y Ponce (2016) reportaron que las mujeres eran amas de casa solamente en 28% y 27,7%, respectivamente (17,21).

La ocupación ama de casa es otro factor social de riesgo para que las mujeres no acudan a una toma de Papanicolaou por varias razones entre las que figuran las múltiples tareas del hogar, inclusive en esta etapa muchas tienen que cuidar a los nietos, que les resta tiempo para el autocuidado de su salud, otra razón es que generalmente suelen conversar con otras amas de casa (vecinas, amigas) con creencias y mitos sobre el Papanicolaou que de ser así va a verter ideas incorrectas acerca de esta prueba citológica; las que si acuden a un establecimiento de salud buscando apoyo, lo hacen porque probablemente han recibido consejería del personal de salud o han escuchado spots publicitarios acerca de la importancia de este test.

Al analizar el nivel socioeconómico (NSE) se observa que 84,3% de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del valle Río Sangana – Miracosta pertenece al nivel socioeconómico D; el 14,7% pertenece al NSE E y el 10% al NSE C.

El nivel educativo de las mujeres se relaciona estrechamente con el ingreso familiar que obviamente definen el nivel socioeconómico, condiciones sociodemográficas determinantes que en situaciones deficientes constituyen una gran barrera para el aumento de la cobertura de Papanicolaou. social de la salud, muy importante.

Marín (2017) sostiene que dentro de las condiciones sociodemográficas más influyentes en cuanto a cobertura de Papanicolaou se encuentra el nivel educacional, ingreso familiar y tipo de seguro de salud (65).

Otros datos que se han creído importantes considerar son los antecedentes gineco obstétricos, encontrando que el 56% de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, son gran múltiparas es decir que han tenido 6 o más partos, seguido del 30,3% de múltiparas, datos disímiles a los encontrados por Sevillano (2016) quien en su estudio encontró que el 80% de mujeres fueron múltiparas y el 19,1% primíparas (22).

En cuanto al inicio de la vida sexual activa el 55,9% de las mujeres manifestaron haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años; un 23,5% lo hizo entre los 20-24 años; un significativo porcentaje de mujeres inició su vida sexual activa antes de los 15 años. Dato similar fue encontrado en su estudio por Pineda (2015) él informa que el 42% de las encuestadas inició vida sexual entre los 15 y 19 años, de igual forma, Huamaní (2008) determinó que el 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años; Ponce (2016) quien presentó que el 97,0% de las mujeres tuvieron actividad sexual, habiendo iniciado su relación sexual entre los 15 a 18 años con un 46,9% y entre 19 a 22 años un 33,9% (17,62,21); sin embargo, los resultados obtenidos en el presente estudio difieren con los de Sevillano (2016) 94,2% inició sus relaciones sexuales entre los 14-19 años, el 4,1% entre los 20-24 años (22).

Velasco (2018) en su estudio reportó que el inicio de vida sexual activa que predominó fue de 16 a 20 años (19), grupo etario diferente al consignado en el presente estudio.

Esta cifra alta de mujeres con inicio precoz de una vida sexual activa refleja que probablemente aún se conservan las tradiciones ancestrales que existen en las zonas rurales donde las jovencitas son prometidas inclusive desde su nacimiento y forzadas luego a casarse con un hombre al que muchas veces ni siquiera conocen, violando sus derechos humanos de niñas, que las asiste.

Precisamente, el Fondo de Población de las naciones Unidas (2018) señala que la prevalencia del matrimonio forzado infantil en las zonas rurales es casi el doble que la de las zonas urbanas. Las niñas de familias pobres, que viven en zonas rurales, pertenecientes a pueblos indígenas son particularmente vulnerables a estas prácticas y en contexto de pobreza, suele ocurrir que si las niñas están embarazadas los padres optan por casarlas o como una alternativa para sacarlas de la pobreza (66) .

Otras veces las adolescentes buscan una relación que las aleje de las actividades del hogar, de los conflictos que se presentan o cansadas de la situación de pobreza que les ha tocado vivir y se embarazan precozmente imaginando un futuro mejor, sin imaginar que la mayoría de las veces suele ser, al contrario, es decir que con el embarazo terminarán sus sueños, su proyecto de vida y seguirán rodeadas de pobreza.

En uno u otro caso el casarse a una edad temprana, afecta su proyecto de vida de vida y las aleja de un futuro exitoso y prometedor y muchas veces las envuelve en un

círculo de pobreza que trascenderá, inclusive, a generaciones futuras, lo que ocurre en zonas rurales

Desde el plano ginecológico el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad hace proclive a la mujer a tener múltiples enfermedades entre ellas las Infecciones de Transmisión sexual, entre las cuales se puede mencionar al VIH/SIDA que puede conllevar a la muerte a quienes la padecen y al Virus del Papiloma Humano (VPH), elemento predecesor del cáncer (cepas, 16-18-31-45) que también conllevan a una alta morbimortalidad en la mujer.

Estudiosos han investigado los factores que pueden ser responsables del carcinoma cervical y consideran que están en gran parte relacionados con la actividad sexual, en los cuales se incluye el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas, se acepta actualmente antes de los 20 años; el embarazo precoz, por la inmadurez de las células del cuello, las cuales parecen jugar un papel importante en la transformación neoplásica; y el papiloma virus humano (VPH), el cual se acepta como el riesgo principal para el desarrollo de la enfermedad y factor iniciador de la acción carcinogénica (67).

Según Cabrera y cols. (2017) El inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años se constituyó en factor de riesgo para desarrollar CaCU al obtenerse un valor del OR significativamente mayor de 1 (OR 4.07; IC 95%: 1.89-8.76;  $p=4.059 \times 10^{-4}$ ).

En cuanto al número de parejas sexuales el 96,1% de mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, dijeron haber tenido entre 1 y 2 parejas sexuales, el 2% de 3-4 parejas. De una parte, es reconfortante que las mujeres no tengan varias parejas sexuales; sin embargo, si la fidelidad no es mutua, el riesgo es el mismo porque el hombre que tiene relaciones con otras mujeres podría contagiarse y contagiar a su pareja, sobre todo si no utiliza preservativo cuando tiene relaciones sexuales. Datos similares fueron encontrados por Sevillano (2016) quien mostró en su estudio que, el 96,7% había tenido de 1-2 parejas sexuales en toda su vida y el 3,3% 3-4 parejas sexuales y Velasco (2018) quien en su estudio encontró que el 86% habían tenido 2 parejas sexuales en su vida y el 14% había tenido tres o más parejas sexuales; datos diferentes fueron encontrados por Pinedo (2015) en su estudio más del 60% de las encuestadas tuvo cuatro o más parejas sexuales, y tan solo 39,2% tuvo tres parejas sexuales o menos; Ponce (2016) el 58,9% tuvo de 2 a más compañeros sexuales y el 38,9% tenía un

solo compañero sexual; Salinas (2017) reportó de 2 a 4 parejas sexuales en el 55,2% de las mujeres. (22,17,21,24,19).

Enciso (2016) señala que, las mujeres con un mayor número de parejas sexuales tienen una mayor frecuencia de exposición a microorganismos precancerosos y que comprometan directamente la salud de las mismas, y hace mención a Liu y col. quienes realizaron un metanálisis en donde identificaron que el riesgo de presentar CaCu se incrementaba un 53% cuando las mujeres tenían más de 3 parejas sexuales. Adicionalmente, su estudio incluyó las probabilidades de presentar displasia cervical, la cual se incrementó 82% en las mujeres con múltiples parejas (68).

Otro dato, es la edad de menopausia, en el presente estudio se encontró que el 46,1% de mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, refirió que tuvo su menopausia entre los 45 y 49 años de edad, el 35,3% dijo haber sucedido este acontecimiento entre los 50-54 años de edad.

La menopausia ha sido definida por la Sociedad Internacional de Menopausia como el cese permanente de la menstruación en la mujer, suceso determinado por la disminución de la producción hormonal consecuencia del agotamiento folicular ovárico, siendo los 50 años la edad promedio para que ocurra, con límites que oscilan entre los 42 y 56 años

No se conoce mucho sobre la menopausia como factor de riesgo de cáncer cérvico uterino, pero podría estar relacionado a situaciones de estrés que ocurren durante el climaterio por la propia sintomatología que esta provoca, el mismo que puede debilitar el sistema inmunitario tal y como lo señala los directivos del Hospital Mayo Clinic que las probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino pueden ser mayores si se tiene otra enfermedad que debilita el sistema inmunitario y se tiene el virus del papiloma humano (69).

Al analizar si las mujeres se han realizado una toma de Papanicolaou o no, se encontró que la mayoría de mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, refirieron que se han realizado una toma de Papanicolaou con una frecuencia de 1-3 años con 69,6%; mientras que el 23,5% lo ha realizado con una frecuencia > 3-6 años, solamente el 6,9% de mujeres manifestó que nunca se hizo una toma de muestra para Papanicolaou. Dato coincidente con el reportado por Martínez (2015) quien encontró en su estudio que el 69,48% de las

mujeres dijo haberse realizado al menos una vez un Papanicolaou; de igual forma se asemejan a los de Ponce (2016) quien informa que el 63,5% de mujeres se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente y Sevillano (2016) reportó que el 81,7% de las mujeres reportaron haberse realizado la prueba del PAP alguna vez en su vida (16,21,22); sin embargo, son diferentes a los Leiva (2011) que manifestó que solamente el 33% de los casos incluidos en su estudio, presentaban antecedentes de un PAP y Huamaní 2008 informó que el 33,4% tuvo una historia de PAP inadecuada (15,62).

La toma de Papanicolaou es de suma importancia para prevenir y detectar precozmente un cáncer de cérvix uterino considerando que éste se presenta más frecuentemente en países en desarrollo y está asociado generalmente a bajos niveles socioeconómicos, como lo es la población de estudio de la presente e investigación. Si bien es cierto, se torna satisfactorio encontrar un porcentaje elevado de mujeres que se han realizado esta prueba citológica, sin embargo, es necesario manifestar que las mujeres acuden al establecimiento al llamado del personal de salud cuando se realizan campañas de Papanicolaou para cubrir las coberturas exigentes por el Ministerio de Salud, sin que la mujer reciba consejería sobre el tema, incluso, muchas de ellas ni siquiera reclaman los resultados, porque desconocen la importancia de la prueba citológica. Respecto a las mujeres que nunca se han realizado una toma de Papanicolaou, probablemente tenga que ver con su nivel educativo, patrones culturales arraigados o bien refleja la violencia familiar de la que es víctima la mujer en algunas ocasiones por parte de la pareja,

Las cifras que muestra el Ministerio de salud respecto al riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años es alarmante, esta entidad asevera que, es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados (5), razón por la cual, en la actualidad el indicador es entrega de resultados, pero además es preciso seguir incidiendo en el empoderamiento sobre el autocuidado de la salud de la mujer.

Al articular las variables edad y toma de Papanicolaou en las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, se puede observar que el 77,4% de mujeres de 50-54 años, refirieron haberse realizado una toma de Papanicolaou entre 1 a 3 años; de igual forma el 75,7% de mujeres de 55-59 años también refirieron que se realizaron una toma de Papanicolaou con la misma frecuencia. Datos coincidentes con los de Calderón y cols. (2018) quienes determinaron que el 72,1% de mujeres se realizaron el Papanicolaou en la

frecuencia correcta, que es la determinada según guías MINSA en un intervalo de realización no mayor de 3 años; sin embargo, ellos encontraron asociación entre grupo de edad y nunca haberse realizado el test de Papanicolaou ( $X^2= 26,275$  p-valor $< 0,0001$ ), y la prevalencia de nunca haberse realizado la prueba fue 3,36 veces mayor en mujeres de 20-29 años que en las de 30-69 años (70).

Existen cifras porcentuales significativas en el grupo de mujeres de 60-64 años (35,3%) que dijeron haberse realizado una toma de Papanicolaou en un periodo de tiempo mayor de lo propuesto en las guías ( $>3-6$  años); así como también existen mujeres que dijeron que nunca se habían hecho una toma de Papanicolaou; con el 9,7% (mujeres de 50-54 años); 2,7% (mujeres de 55-59 años) y 8,8% (mujeres de 60-64 años).

Aparentemente, dentro del colectivo entrevistado, pareciera que muchas mujeres tienen conocimiento sobre la importancia que reviste la toma de Papanicolaou, mostrando una actitud favorable con la realización de este examen tan importante para su salud; sin embargo, acudir al establecimiento de salud para este tamizaje, solamente es cuestión de interés por una pequeña suma de dinero que reciben de algunas ONGs. En mujeres de mayor edad que son las que espacian más la periodicidad de la toma de Papanicolaou; pueden existir factores condicionantes a esta práctica como la desconfianza en el personal de salud, vergüenza, temor, y creencias culturales negativas en torno a esta prueba transmitidas de generación en generación, pero también está el hecho de que la mujer tiende a priorizar los deberes del hogar y el cuidado de los suyos, dejando en un plano secundario el cuidado de su salud.

En cuanto a las variables grado de instrucción y toma de Papanicolaou, se evidencia que el 100% de mujeres con secundaria completa dijeron haberse realizado el examen de Papanicolaou entre 1-3 años, según las guías del Ministerio de salud, el 95% de mujeres con secundaria incompleta también declararon acudir a la prueba citológica con esta periodicidad, igualmente el 72,3% de mujeres con primaria completa y el 45,2% de mujeres con primaria incompleta también relataron haberse realizado este examen con la misma frecuencia; sin embargo, se observa que mientras menor es el nivel educativo de la mujer mayor es el porcentaje incidencia de nunca haberse realizado un Papanicolaou.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables grado de instrucción y toma de Papanicolaou según lo determina el coeficiente de correlación  $p = 0,003$ .

Las mujeres con un mayor nivel educativo tienen mayor posibilidad de lograr, a su vez, mayor conocimiento sobre la importancia del autocuidado de su salud incluyendo la realización de pruebas de tamizaje para el diagnóstico temprano y oportuno de algún tipo de cáncer como es el Papanicolaou, pero también le permite tener a la mujer una mejor actitud frente a estos exámenes. La actitud es un valioso elemento para la predicción de conductas. Es una predisposición afectiva y motivacional requerida para el desarrollo de una determinada acción.

Muñoz, (2016) sostiene que, se ha observado en estudios randomizados de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje (71).

Bernardini (2012) menciona que la educación y la salud forman una pareja indisoluble, mejor educación se asocia con mejor salud (72).

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables grado de instrucción y toma de Papanicolaou según lo establece  $p = 0,003$ , lo que significa que el grado de instrucción influye en la decisión de la mujer de acudir a realizarse un examen de Papanicolaou.

Respecto al estado civil y toma de Papanicolaou de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del valle Río Sangana – Miracosta, se encontró que el 50% de mujeres solteras dijeron haberse realizado una prueba de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años, otro 50% manifestaron que lo hacen en un periodo más prolongado (>3-6 años); el 66,7% de mujeres casadas también revelaron que lo hacen en un lapso de 1-3 años, el 22,2% de este mismo grupo de mujeres declararon que se realizan el Papanicolaou en >3-6 años y el 11,1% manifestaron nunca haberlo hecho. Del grupo de mujeres convivientes, el 74,4% refirieron la realización del Papanicolaou en 1-3 años y el 20,5% en >3-6 años, mientras que el 5,1% dijeron que nunca se habían realizado ningún Papanicolaou.

Calderón (2018) en su estudio, determinó que el ser soltera predominó entre las que nunca se han realizado la prueba. Además, determinó que existe asociación entre el estado civil y nunca haberse realizado la prueba de Papanicolaou ( $X^2= 39,088$  p-valor < 0,0001). Presentando este estado civil 4,15 veces de probabilidad de no realizarse la Prueba de Papanicolaou que las no solteras (70).

Jiménez, referido por Torrealva (2018) llegó a la conclusión que dentro de los factores que predisponen a las mujeres a no realizarse el tamizaje cérvico-uterino está el estado civil (73).

En lo que se refiere a la ocupación, del total de mujeres, de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del valle Río Sangana – Miracosta, que manifestaron ser amas de casa, (98%); el 69% manifestaron que se realizaron el Papanicolaou con una frecuencia de 1- 3 años, el 24% suelen hacerlo con una frecuencia de 3-6 años y el 7% nunca lo hace.

Estos datos encontrados se deben principalmente a las campañas que se realizan en los establecimientos de salud que permite cierta regularidad en los exámenes de prevención del cáncer cérvico uterino, sin embargo, a pesar de estas estrategias adoptadas por el personal de salud, muchas mujeres no acuden a realizarse este examen y dejan pasar más tiempo del recomendado, existiendo muchas razones para esto, entre las que se puede señalar la prohibición por parte de la pareja, ya que existe la creencia que nadie puede ver la intimidad de la mujer que no sea él.

Al evaluar el nivel socioeconómico y la toma de Papanicolaou, de las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, se evidencia que, la mayoría de mujeres de las diferentes comunidades pertenecen al nivel socioeconómico D; no obstante, de este grupo, el 67,4% de mujeres refirieron haberse realizado un Papanicolaou con una frecuencia de 1-3 años, pero el 20,9% dijeron hacerlo en un tiempo >3-6 años y el 11,6% manifestaron que nunca lo hacían.

Estos resultados muestran que a pesar de que la población pertenece a niveles socioeconómicos bajos, un alto porcentaje de mujeres se ha realizado un examen citológico para la detección precoz y oportuna del cáncer cérvico uterino, probablemente gracias a la consejería brindada por el personal de salud o por información recibida de otras fuentes; sin embargo, es preocupante el porcentaje de mujeres que nunca se ha realizado una prueba de Papanicolaou, porque podrían tener la enfermedad y darse cuenta en la etapa final cuando toda posibilidad de cura es imposible.

Velasco (2018) sostiene que, el no acudir a una cita con un médico especializado para realizarse este procedimiento de detección, puede llegar a ser muy perjudicial para la salud debido a la presencia de una Infección de Trasmisión Sexual o una enfermedad del tipo cancerígeno, pero cada individuo tiene diferentes formas de

pensar y de ver la vida; dependiendo lo anterior del nivel educativo y socioeconómico de las mujeres. Es decir en cada persona hay una serie de factores que influyen en su toma de decisiones y por ello la importancia de saber cuáles son estos factores y como intervienen en las personas (19).

Conde y cols. (2018) señalan que aspectos socioeconómicos, influyen en la toma de decisión de las mujeres por la dependencia económica del cónyuge y están más expuestas a infección por el HPV por presentar dificultad para comprender los factores de vulnerabilidad al cáncer cervical. Estas, realizan con menor periodicidad el examen preventivo y se presentan menos conscientes en cuanto a los perjuicios derivados de la enfermedad elevando la probabilidad de diagnóstico tardío (74).

En lo que se refiere a los factores gineco obstétricos, se observa que del grupo de multíparas el 81,8% manifestaron acudir a una toma de Papanicolaou entre 1-3 años; solamente el 18,2% dijeron hacerlo en un periodo > 3 -6 años; de igual forma del grupo de las gran multíparas, el 68,9% declararon que se hacían una toma de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años y el 24,6% en un periodo > 3-6 años. Se identifica además que, del grupo de las primíparas el 50% expresaron acudir a una toma de Papanicolaou, el 25% dijeron que nunca se ha realizado uno y solamente el 25% manifestaron haber acudido a una toma de Papanicolaou según lo recomiendan las guías del Ministerio de salud.

Romero y col. (2012) señalan es indispensable que las mujeres multíparas acudan a una toma de Papanicolaou porque se ha considerado que un factor asociado a cáncer cérvico uterino es que la mujer haya tenido más de 3 embarazos (75).

Estadísticamente existe asociación significativa entre las variables paridad y toma de Papanicolaou, según lo indica  $p = 0,027$ , indicativo que, a mayor paridad de la mujer, mayor aceptación del examen de Papanicolaou, reflejado en la concurrencia por parte de esta a solicitar el examen citológico en la periodicidad indicada.

Sobre el inicio de relaciones sexuales y la toma de Papanicolaou en las mujeres de las jurisdicciones de los diferentes Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta, los datos de la tabla muestran que el 66,7% de mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales (coitarquia) entre los 15-19 años, manifestaron realizarse una toma de Papanicolaou entre 1-3 años; sin embargo, de este mismo grupo de mujeres, el 22,8% dijeron que lo hacen con una frecuencia > 3-6 años; el 75% de mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 20-24 años manifestaron que se realizan

una toma de Papanicolaou entre 1-3 años y el 25% entre > 3-6 años.

Es importante haber encontrado que las mujeres que iniciaron su vida sexual activa tempranamente acuden al examen de Papanicolaou con la periodicidad indicada en las guías nacionales pues son mujeres con alto riesgo de tener un cáncer cérvico uterino, pues según lo señalan Montero y cols. el riesgo de lesión intraepitelal cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (76)

En cuanto a número de parejas sexuales y la toma de Papanicolaou, la tabla muestra que las mujeres que han tenido de 1-2 parejas sexuales, dijeron haber acudido a una toma de Papanicolaou entre 1 a 3 años en 71,4%; el 23,5% de mujeres de este mismo grupo, expresaron que lo hicieron con una frecuencia > de 3- 6 años y el 5,1% dijeron nunca haberse realizado una prueba; datos preocupantes lo constituye el grupo de mujeres con 3-4 parejas sexuales quienes en un 50% contaron que nunca se hicieron una prueba de Papanicolaou y el 100% de quienes manifestaron haber tenido de 5-6 parejas sexuales tampoco lo hicieron.

El número de parejas sexuales se constituye en un factor de riesgo por la mayor posibilidad de contagio de infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VPH principalmente si se trata de los tipos 16 y 18 que son responsables de la mayoría de los cánceres causados por VPH, de allí la importancia de que las mujeres con antecedente de haber tenido más de una pareja sexual, acudan a la toma de una muestra citológica para la detección precoz del cáncer cérvico uterino.

Es importante que las mujeres interioricen el significado de la salud en cada etapa de la vida, considerando que la OMS ha formulado principios, uno de ellos es el enfoque holístico a la salud sexual, que hace hincapié en que no se trata solamente de la ausencia de enfermedad, sino también del logro de un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. La investigación y los programas de salud sexual (incluidos los servicios sanitarios) deben abarcar tanto la prevención de las enfermedades y las disfunciones como la promoción activa de una salud sexual positiva y del bienestar general, involucrando a los exámenes como el Papanicolaou (77).

Estadísticamente, existe relación significativa entre las variables número de parejas sexuales y toma de Papanicolaou, según lo indica  $p = 0,001$ , que muestra que, las mujeres mientras mayor número de parejas sexuales tuvieron mayor fue el tiempo de espaciamiento en las tomas de Papanicolaou

## CONCLUSIONES

Se presentan las siguientes conclusiones al finalizar la investigación:

1. Las mujeres entre 50 y 64 años atendidas en los Puestos de salud del Valle Sangana – Miracosta. Chota, en su mayoría tienen entre 55-59 años; con primaria completa; casadas, amas de casa y pertenecientes al nivel socioeconómico D. El mayor porcentaje de mujeres es gran multíparas, inició sus relaciones sexuales entre los 15-19 años de edad, han tenido de 1-2 parejas sexuales y se presentó la menopausia entre los 45-49 años de edad.
2. Se determinó que, el 93,1% de mujeres se realizaron al menos una toma de Papanicolaou.
3. Existe asociación altamente significativa entre los factores sociales grado de instrucción, y toma de Papanicolaou según  $p = 0,003$  y entre los factores gineco obstétricos paridad ( $p = 0,027$ ) y número de parejas sexuales ( $p = 0,001$ ).
4. Se comprobó parcialmente la hipótesis planteada.

## RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de la Dirección Regional de Salud (DIRESA); desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer de cuello uterino y la prueba del Papanicolaou, de manera continua, con mensajes claros y materiales de apoyo indispensables, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las mujeres del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota, con el objetivo de obtener una conducta final deseada.
2. Se sugiere al Personal de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota, fortalecer las estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje de Papanicolaou según la periodicidad establecida por el Ministerio de Salud, fomentando en las mujeres la participación en el cuidado de su salud y la prevención del CaCu.
3. A los investigadores realizar más estudios acerca de los conocimientos, actitudes, y creencias sobre el Papanicolaou, así como las barreras que impiden que las mujeres acudan voluntariamente a solicitar un examen citológico.
4. A los profesionales de la salud, se sugiere, ejecutar campañas de salud preventivo-promocionales respecto al CaCu uterino y promover la educación sexual, en centros educativos y diferentes establecimientos de salud con el fin de aumentar el conocimiento de la población en general sobre los factores de riesgo, teniendo en cuenta que el número de parejas sexuales es un factor de riesgo para contraer cáncer cérvico uterino.

## REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS

1. Ramos G, Díaz M, Rodríguez J, Domínguez F. Citología cervical satisfactoria. Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014 Julio 03; 52(6)., pp.280-294. [citado 15 de julio de 2018], Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146q.pdf>
2. Anaya E. et al. Implementación PEED-Citología 2013 - Región La Libertad, Arequipa, Lambayeque, Junín y Huancavelica. Boletín del Instituto Nacional de Salud. 2014; 20(3): p. 55-59. [citado 15 de julio de 2018], disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/handle/INS/285?show=full>
3. Seminario M. et al. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010. Revista del cuerpo médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013; 6(1). [citado 15 de julio de 2018], disponible en: [https://www.academia.edu/34068232/Nivel\\_de\\_conocimientos\\_actitudes\\_y\\_pr%C3%A1cticas\\_en\\_relaci%C3%B3n\\_al\\_test\\_de\\_papanicolaou\\_en\\_mujeres\\_del\\_distrito\\_de\\_Chiclayo\\_-\\_2010](https://www.academia.edu/34068232/Nivel_de_conocimientos_actitudes_y_pr%C3%A1cticas_en_relaci%C3%B3n_al_test_de_papanicolaou_en_mujeres_del_distrito_de_Chiclayo_-_2010)
4. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Artículo original. Lima - Perú; 2013. [citado 15 de julio de 2018], disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Prevención y control de Cáncer de cuello uterino 2017-2021 Lima: MINSA; 2017. [citado 28 de junio de 2018], disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4232.pdf>
6. Castaño R, Perrona, M. Manejo terapéutico del carcinoma de cuello uterino Buenos Aires: Comité de Consensos Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2017. [citado 28 de junio de 2018], disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_MANEJO\\_TERAPEUTICO\\_DEL\\_CARCINOMA\\_DE\\_CUELLO\\_UTERINO.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_MANEJO_TERAPEUTICO_DEL_CARCINOMA_DE_CUELLO_UTERINO.pdf)
7. Ministerio de Salud. Guía práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino Lima; 2017. [citado 30 de junio de 2018], disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion\\_salud/guia\\_tecnica\\_cancer\\_cuello\\_uterino.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterino.pdf)
8. Hernández D, Apresa T, Patlán R. Panorama epidemiológico del cáncer cérvico uterino. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 2: p. 154-161. [citado 30 de junio de 2018], disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/ims152f.pdf>

9. Gobierno Regional de Cajamarca, Dirección Regional de Salud Cajamarca. Boletín epidemiológico 2117. Informe técnico. Cajamarca: DIRESA - Cajamarca; 2017. [citado 30 de junio de 2018], disponible en: [http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/boletines/documentos/BOL\\_ETIN%20SE-22-2017%20Cajamarca.pdf](http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/boletines/documentos/BOL_ETIN%20SE-22-2017%20Cajamarca.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. La prueba de VPH como examen primario para prevenir el cáncer cérvico uterino podría salvar vidas en América Latina y el Caribe. Artículo científico. Washington; 2014. [citado 18 de julio de 2018], disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9570%3A2014-primary-screening-with-hpv-test-could-save-lives-prevent-cervical-cancer&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9570%3A2014-primary-screening-with-hpv-test-could-save-lives-prevent-cervical-cancer&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Programa de prevención y control del cáncer. Informe técnico. Lima; 2016. [citado 13 de marzo de 2019], disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1432/cap02.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/cap02.pdf)
12. Population Reference Bureau. La prevención del cáncer cervical a nivel mundial. Investigación. Washington, DC; 2014. [citado 02 de junio de 2018], disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1323\\_GRAL1423.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1323_GRAL1423.pdf)
13. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Datos y cifras. Informe técnico. Ginebra - Suiza; 2018. [citado 31 de agosto de 2018], disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
14. De.Perú.com. Categoría de los establecimientos de Salud. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA. Lima: Ministerio de Salud; 2011. [citado 24 de agosto de 2019], disponible en: <https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/san-juan-de-unican-miracosta-2727>
15. Leiva N, Montecinos M. Caracterización biodemográfica de usuarias con resultado de papanicolaou del CESFAM de San José de la Marquina. Tesis presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Matrona o Matrón. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2011. [citado 08 de setiembre de 2018], disponible en: <https://docplayer.es/42179825-Universidad-austral-de-chile-facultad-de-medicina-de-obstetricia-y-puericultura.html>
16. Martínez K, Méndez M, Ramón C. conocimientos, actudes y prácticas sobre el papanicolaou en mujeres de edad fértil que acuden al servicio de ginecología en el Subcentro de Salud de la Parroquia el Valle - Cuenca. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Cuenca - Ecuador; 2015. [citado 06 de julio de

- 2018], disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22492/1/TESIS.pdf>
17. Pineda M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de papanicolaou en usuarias del Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños, SILAIS, Masaya. Tesis monográfica para optar al título de medicina y cirugía general. Managua - Nicaragua; 2015. [citado 06 de julio de 2018], disponible en:  
<http://repositorio.unan.edu.ni/2958/>
  18. Praslin D, Galeano U. Factores y causas que influyen en la no realización del papanicolaou en mujeres con vida sexual activa que asisten al sector n° 4 de la Unidad de Salud Primero de Mayo, Matagalpa, 2015. Seminario de graduación para optar al título de licenciatura en enfermería con orientación materno perinatal. Managua - Nicaragua; 2016. [citado 06 de julio de 2018], disponible en:  
<http://repositorio.unan.edu.ni/1671/1/5282.pdf>
  19. Velasco F, Mianda A, García J, Contreras J. Factores socioculturales que interfieren en la realización del papanicolaou en mujeres indígenas mexicanas. European Scientific Journal. 2018; 16(6). [citado 06 de julio de 2018], disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/viewFile/10517/10050>
  20. Medrano M. Factores socioculturales y psicológicos que influyen en la decisión de las usuarias para la toma de Papanicolaou. Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [citado 06 de julio de 2018], disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4055>
  21. Ponce M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres del Centro de Salud Ocopilla - Huancayo. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Huancayo; 2016. [citado 06 de julio de 2018], disponible en:  
[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/547/PAPANICOLAOU\\_EDAD\\_FERTIL\\_PONCE\\_LAUREANO\\_MAYUMI\\_MABEL.pdf?sequence=1](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/547/PAPANICOLAOU_EDAD_FERTIL_PONCE_LAUREANO_MAYUMI_MABEL.pdf?sequence=1)
  22. Sevillano M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres del Asentamiento Humano Santa Cruz - Chimbote. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2016. . [citado 08 de setiembre de 2018], disponible en:  
[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1715/ACTITUDES\\_CONOCIMIENTOS\\_SEVILLANO\\_PILLACA\\_MONICA.pdf?sequence=1](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1715/ACTITUDES_CONOCIMIENTOS_SEVILLANO_PILLACA_MONICA.pdf?sequence=1)
  23. Vásquez K. Factores asociados a la toma de Papanicolaou de mujeres en edad fértil en el Hospital Sergio E. Bernales. Marzo - Mayo 2016. Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. Lima; 2016. [citado 06 de julio de

- 2018], disponible en:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2359/3/vasquez\\_k.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2359/3/vasquez_k.pdf)
24. Salinas Z. Factores asociados a la decisión de realizarse la prueba de Papanicolaou en usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho, de junio a julio de 2017. Título Profesional. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. [citado 06 de julio de 2018], disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7138/Salinas\\_chz.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7138/Salinas_chz.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
25. Hernández L. La edad biológica Vs. la edad cronológica: reflexiones para la Antropología física. Tesis para optar al grado de doctora en Antropología. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. [citado 08 de mayo de 2018], disponible en:  
<http://132.248.9.195/ptd2015/enero/501047580/501047580.pdf>
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para tamizaje del cáncer cérvico uterino Guatemala; 2012. [citado 30 de agosto de 2018], disponible en:  
[https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=560-2012-manual-para-tamizaje-del-cancer-cervico-uterino&category\\_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=560-2012-manual-para-tamizaje-del-cancer-cervico-uterino&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=255)
27. Ministerio de Salud. Guía de práctica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino Lima; 2016. [citado 30 de agosto de 2018], disponible en:  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-N\\_1013-2016-MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM-N_1013-2016-MINSA.pdf)
28. Saldaña M, Montero M y López, L. Barreras percibidas por el personal de salud para la toma de la citología cervical en mujeres zapotecas de Juchitán. Psicooncología. 2017; 14(2-3): p. 343-364. [citado 08 de mayo de 2018], disponible en:  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/57090>
29. Ministerio de Educación. Ley general de Educación N° 28044. 2003. [citado 21 de abril de 2019], disponible en:  
[www.minedu.gob.pe/normatividad/leyes/ley\\_general\\_deeducacion2003.doc](http://www.minedu.gob.pe/normatividad/leyes/ley_general_deeducacion2003.doc)
30. Centros para el Control y la prevención de Enfermedades. División de Prevención y control del Cáncer. Disparidades de salud vinculadas al cáncer. Artículo original. U.S.A.; 2018. [citado 10 de setiembre de 2018], disponible en:  
[https://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic\\_info/challenges.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/healthdisparities/basic_info/challenges.htm)
31. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. La integración entre salud y educación es uno de los motores fundamentales del desarrollo. Artículo. Buenos Aires - Argentina; 2010. [citado 10 de setiembre de

- 2018], disponible en:  
[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=514:la-integracion-entre-salud-educacion-es-uno-motores-fundamentales-desarrollo&Itemid=228](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=514:la-integracion-entre-salud-educacion-es-uno-motores-fundamentales-desarrollo&Itemid=228)
32. Costa, É, de Oliveira E, da Silveira A, Wendel, D. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enfermería Global*. 2017; 16(46). [citado 10 de setiembre de 2018], disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000200464](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200464)
33. Instituto Nacional de estadística e Informática. Definiciones básicas y temas educativos investigados. Informe técnico. Lima; 2014. [citado 08 de mayo de 2018], disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1257/cap04.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1257/cap04.pdf)
34. Instituto de Estudios Peruanos. La educación universitaria en el Perú. Democracia, expansión y desigualdades. Primera ed. Cuenca R, editor. Lima; 2015. [citado 10 de setiembre de 2018], disponible en:  
<http://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/603/2/estudiosobredesigualdad10.pdf>
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones censales básicas. Informe técnico. Lima; 2007. [citado 09 de mayo de 2018], disponible en:  
<http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/Docs/Glosario.pdf>
36. Casalí P, Pena H. Los trabajadores independientes y la seguridad social en el Perú Lima: Organización Internacional del Trabajo; 2012. [citado 20 de junio de 2019], disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1907.pdf>
37. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2013; 6(1). [citado 09 de mayo de 2018], disponible en: <Desktop/Dialnet-EvaluacionDelNivelSocioeconomicoPresentacionDeUnaE-4262712.pdf>
38. Vidal D, Chamblas L, Zavala M, Müller R, Rodríguez M. Ch A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción. *Ciencia y Enfermería*. 2014; 20(1). [citado 10 de setiembre de 2018], disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000100006&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006&lng=es&nrm=iso)
39. Verano P. Aspectos socioeconómicos de los alumnos de pregrado. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. [citado 09 de mayo de 2018],

- disponible en: <http://ogpl.unmsm.edu.pe/Reuniones-de-Coordinacion/ReunionAgosto2016.pdf>
40. Carmona G, Jessica B, Calderón M, Piazza M, Susana C. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2017; 34(4). [citado 10 de setiembre 2018], disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400004)
  41. Della M. Mitos, prejuicios, tabúes y falacias sobre la sexualidad, en la población adolescente de Buenos Aires. Revista de Ciencias Psicológicas. 2013; 5(1): p. 24-34. [citado 10 de setiembre de 2018], disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26094.pdf>
  42. Diccionario médico. esacademic.com. [Online]; 2013. Disponible en: [http://www.esacademic.com/dic.nsf/es\\_mediclopedia/45821/paridad](http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/45821/paridad).
  43. Muñoz N, Francechi S, Bosette C. Rol de la paridad y HPV en el cáncer de cuello uterino. The Lancet. 2010 Setiembre - octubre; 359: p. 1093-2000. [citado 10 de setiembre de 2018], disponible en: <http://www.fundacionmf.org.ar/files/HPV.pdf>
  44. Huerta E, Anticona A. Promiscuidad sexual: principal factor del cáncer de cuello uterino. Artículo. Lima: Rpp; 2012. [citado 14 de julio de 2018], disponible en: <http://rpp.pe/lima/actualidad/promiscuidad-sexual-principal-factor-del-cancer-de-cuello-uterino-noticia-522701>
  45. Vargas V, Acosta G, Moreno M, Vargas V, Flores K, Tovar J. Terapia de reemplazo durante la menopausia. Del riesgo al beneficio. Revista del Hospital de Juárez de México. 2013; 80(4): p. 251-261. [citado 15 de julio de 2018], disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134h.pdf>
  46. Instituto Nacional del Cáncer. Significado de los cambios en el cuello uterino: guía para la salud de la mujer. New York; 2016. [citado 07 de julio de 2018], disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/significado-cambios-en-cuello-uterino>
  47. Cuenta de Alto Costo. Cáncer de cuello uterino. Boletín de Información Técnica Especializada de la Cuenta de Alto Costo. 2018 Marzo 26; 4(04). [citado 30 de agosto de 2018], disponible en: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Dia\\_Mundial\\_de\\_la\\_Preencion\\_del\\_Cancer\\_de\\_Cuello\\_Uterino.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Dia_Mundial_de_la_Preencion_del_Cancer_de_Cuello_Uterino.pdf)
  48. Varda S. Citología cervical. Revista Médica de Honduras. 2015; 73: p. 131-136. [citado 07 de julio de 2018], disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>

49. Maciel A, Castaño R. Guías de manejo 2015. Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. 2015; 26(1): p. 30-37. [citado 07 de julio de 2018], disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/images/Guias-de-manejo-TGI-2015.pdf>
50. Espelt A, Continente X, Salvany A, Domínguez F, Fernández T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria. 2016; 30(S1): p. 38-44. [citado 09 de setiembre de 2018], disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0213911116301017/1-s2.0-S0213911116301017-main.pdf?\\_tid=b36b78a5-8b24-44b5-9cfc-b6a8c89e6656&acdnt=1536547535\\_0bc4610b4c62bea6a2274d2c4b119670](https://ac.els-cdn.com/S0213911116301017/1-s2.0-S0213911116301017-main.pdf?_tid=b36b78a5-8b24-44b5-9cfc-b6a8c89e6656&acdnt=1536547535_0bc4610b4c62bea6a2274d2c4b119670)
51. 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 obtener el título de Magister en Salud Pública. La Plata - Argentina: Universidad Nacional de la Plata; 2014. [citado 30 de agosto de 2018], disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45145/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45145/Documento_completo.pdf?sequence=1)
52. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cáncer cervical. Artículo original. Estados Unidos; 2017. [citado 15 de julio de 2018], disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/Human-Papillomavirus-Vaccination>
53. Federación Mexicana del Colegio de Obstetricia y Ginecología. Prevención primaria del cáncer cérvicouterino. Revista de Ginecología y Obstetricia. 2011; 79(12). [citado 07 de setiembre de 2018], disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom1112f.pdf>
54. Guzmán O. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Artículo. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2012. [citado 15 de julio de 2018], disponible en: <https://revistas.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/164/159>
55. López G, Rivas P. Conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres en edad fértil sobre la citología cérvico vaginal (Papanicolaou) que asisten al centro de Salud Pablo UBEDA del Municipio de Santo Tomás, departamento de Chontales. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. [citado 15 de julio de 2018], disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1410/1/67910.pdf>

56. Universidad del Valle. ¿Qué son y por qué se hacen las pruebas de tamizaje? Artículo. Colombia; 2015. [citado 16 de julio de 2018], disponible en: <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2015/05/06.05.15-Qu%C3%A9-son-y-por-qu%C3%A9-se-hacen-las-pruebas-de-tamizaje.-p%C3%A1g-3.pdf>
57. Ortiz Y, Oqueli W, Rotela V. Virus del papiloma humano. Artículo de revisión. Tegucigalpa - Honduras; 2017. [citado 16 de julio de 2018], disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/315764392\\_Virus\\_del\\_papiloma\\_humano\\_Revisión\\_de\\_la\\_literatura](https://www.researchgate.net/publication/315764392_Virus_del_papiloma_humano_Revisión_de_la_literatura)
58. Universidad Austral de Chile. Cybertesis.uach. [Online]; 2018 [citado 18 de julio de 2019] Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2018/fmm828p/xhtml/TH.7.xml>.
59. Leal I, Molina T, Luttges C, González E, González D. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018; 83(2): p. 149-160. [citado 18 de julio de 2019] Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000200149](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200149)
60. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología Carvajal J, editor. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019. [citado 16 de junio de 2019] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
61. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercado. Niveles Socio Económicos. Informe técnico. Lima; 2013. [citado 16 de junio de 2019] Disponible en: <http://apeim.com.pe/niveles.php>
62. Huamaní C, Hurtado A, Guardia M, Roca J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2008: p. 44-50. [citado 09 de setiembre de 2019] Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342008000100007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100007)
63. Capilla P. Realidad y verdad en la información. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2015. [citado 16 de junio de 2019] Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/287466/Tesis%20Doctoral%20Pablo%20Capilla%20Garc%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Farro N. Factores socioculturales, económicos y la citología cérvicouterina en mujeres en edad fértil de la ciudad de Jaén. Tesis. Jaén - Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014. [citado 23 de febrero de 2019] Disponible en:

- <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1872/Tesis%20Farro%20Zevallos%20Norma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
65. Marín M. Características sociodemográficas y su relación con la cobertura de Papanicolaou, Chile. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Santiago: Universidad de Chile; 2017. [citado 24 de febrero de 2019] Disponible en:  
[http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/543/Tesis\\_Marcela%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/543/Tesis_Marcela%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
66. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El UNFPA y Plan Internacional realizan estudio para revelar situación del matrimonio infantil en el Perú. Noticias. Lima; 2018. [citado 27 de febrero de 2019] Disponible en:  
<https://peru.unfpa.org/es/news/el-unfpa-y-plan-internacional-realizan-estudio-para-revelar-situaci%C3%B3n-del-matrimonio-infantil>
67. Cabrera I, Ortiz Y, Suárez Y, Socarrás R, Vásquez N. Factores de riesgo asociados al Cáncer de Cérvix Uterino en el área de salud de Santa Rita. Revista Multimed. 2016; 20(5). [citado 27 de febrero de 2019] Disponible en:  
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392/611>
68. Enciso E. Factores de riesgo asociados a la displasia de cérvix en pacientes atendidas en la unidad de displasia del Hospital San José. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. [citado 27 de febrero de 2019] Disponible en:  
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1159/TESIS%20EDITH%20AMELA%20ENCISO%20CEBRI%C3%81N%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Feldman S. et al. Análisis para la detección del cáncer de cuello uterino. Minnessota; 2017. [citado 27 de febrero de 2019] Disponible en:  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501>
70. Calderón K, Patazca J, Soto V. Factores que intervienen en la decisión de la toma de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 20 a 69 años del distrito de Lambayeque. Revista Experimental de Medicina. 2018; 4(2). [citado 15 de febrero de 2019] Disponible en: <Downloads/Dialnet-FactoresQueIntervienenEnLaDecisionDeLaTomaDeLaPrue-6559211.pdf>
71. Muñoz M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven Ciudad de Dios \_ Chimbote. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles Chimbote; 2016. [citado 15 de febrero de 2019] Disponible en:

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/975/ACTITUDES\\_CONOCIMIENTOS\\_MUNOZ\\_SAEENZ\\_MAIDA\\_ROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/975/ACTITUDES_CONOCIMIENTOS_MUNOZ_SAEENZ_MAIDA_ROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

72. Bernardini D. El día mundial de la salud, los determinantes sociales y las oportunidades. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012; 29(2). [citado 29 de agosto de 2019] Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/358/2528>
73. Torrealva Y. Factores relacionados a la actitud negativa hacia la prueba de Papanicolaou en mujeres del Centro de Salud Melvin Jones. Tesis para optar el Título profesional de Obstetriz. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. [citado 17 de febrero de 2019] Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4346/1/RE\\_OBST\\_YOHANA.TO\\_RREALVA\\_ACTITUD.NEGATIVA\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4346/1/RE_OBST_YOHANA.TO_RREALVA_ACTITUD.NEGATIVA_DATOS.PDF)
74. Conde C, Lemos T, da Silva M. Características sociodemográficas, individuales y de programación de las mujeres con cáncer cervical. Revista Enfermería Global. 2018;(49): p. 348-380. [citado 20 de junio de 2019] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00348.pdf>
75. Romero K, Rojas J. Frecuencia de los factores de riesgo de Cáncer cérvico uterino en mujeres de 14-65 años. Comunidad Ramadas, Provincia Tapacará-Cochabamba. Gestión 2012. Revista Científica Ciencia Médica. 2012; 15(1). [citado 14 de marzo de 2019] Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332012000100006](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100006)
76. Montero Y, Ramón R, Valverde C, escobedo F, Hodelín E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cérvicouterino. MEDISAN. 2018; 22(5). [citado 16 de febrero de 2019] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000500010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010)
77. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo Ginebra 27; 2018. [citado 30 de agosto de 2018] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

## ANEXO 01

### ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA Y DE FACTORES G+INECO OBSTÉTRICOS

#### I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

##### Edad:

50-54 años ( )      54-59 años ( )  
60-64 años ( )

##### Nivel educativo

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

##### Estado civil

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

##### Ocupación

Ama de casa ( )      Empleada del hogar ( )  
Empleada pública o privada ( )  
Trabajadora independiente ( )

##### Nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico A ( )  
Nivel socioeconómico B ( )  
Nivel socioeconómico C ( )  
Nivel socioeconómico D = ( )  
Nivel socioeconómico E = ( ).

## II. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS

### Coitarquia

Menor de 15 años ( )                      15-19 años ( )  
20-24 años ( )                              25-29 años ( )  
30-34 años ( )                              35 años- + ( )  
Número de hijos: .....

**Paridad:** .....

### Nº de parejas sexuales

1 – 2 parejas ( )  
3-4 parejas ( )  
5-6 parejas ( )  
+ 6 parejas ( )

### Menopausia

40 – 44 años ( )  
45-49 años ( )  
50-54 años ( )  
55-60 años ( )

## III. TOMA DE PAPANICOLAOU

Si ( )                      No ( )

**Frecuencia en caso de que la respuesta sea positiva:**

1-3 años ( )  
3-6 años ( )  
6 años a + ( )

## ANEXO 02

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (CRITERIO DE JUECES): ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA Y DE FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS

#### COEFICIENTE DE VALIDACION "V" AIKEN

Preguntas	Juez 1	Juez 2	Juez 3	S	V de Aiken	Descripción
Preg.1	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.2	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.3	2	1	2	5	0,83	Válido
Preg.4	2	2	1	5	0,83	Válido
Preg.5	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.6	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.7	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.8	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.9	2	2	2	6	1,00	Válido
Preg.10	2	2	2	6	1,00	Válido
AIKEN TOTAL					0,97	Válido

Calificación:

A: ítem aceptable (2)

B: ítem que se modifica (1)

R: ítem que se rechaza (0)

#### **Coeficiente V-AIKEN**

$$v = \frac{S}{(n(C-1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Número de jueces= 3 jueces

C= Número de valores = 3 (A, B, R)

Coeficiente de V-Aiken > 0.70 es válido

### ANEXO 03

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA Y DE FACTORES GINECO OBSTETRICOS

### ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

#### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	11	100,0
Casos	Excluidos	0	,0
	Total	11	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,855	10

#### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR0001	14,5455	9,273	,045	,882
VAR0002	14,5455	7,073	,937	,807
VAR0003	14,5455	7,073	,937	,807
VAR0004	15,0000	9,600	-,069	,891
VAR0005	14,5455	7,073	,937	,807
VAR0006	14,6364	9,255	,036	,886
VAR0007	14,5455	7,073	,937	,807
VAR0008	14,5455	7,073	,937	,807
VAR0009	15,0000	8,600	,292	,863
VAR00010	14,5455	7,073	,937	,807

## ANEXO 04

### EVALUACIÓN DE NIVELES SOCIOECONÓMICOS (APEIM) VERSIÓN MODIFICADA

Niveles	NSE A	NSE B	NSE C	NSE D	NSE E
Variables	Alto/medio alto	Medio	Bajo superior	Bajo inferior	Marginal
Instrucción del jefe de familia	Doctorado	Estudios Universitarios completos	Universitarios incompletos	Secundaria completa	Sin estudios
	Diplomado		Superior no universitario completo		Primaria incompleta
	Posgrado (Máster)		Superior no universitario incompleto		Primaria completa
			Secundaria completa		
Consulta Médica	Médico particular en clínica privada	Médico particular en consultorio	Seguro social/Hospital FFAA/hospital de la policía	Hospital del MINSA/Hospital de la solidaridad	Posta médica/farmacia/naturista
N° promedio de habitantes	1-2 personas	3-4 personas	5-6 personas	7-8 personas	9 o más personas
N° promedio de habitaciones	5 o más	4	3	2	1-0
Material predominante en pisos	Parqué/lamina do/mármol/alfombra	Cerámica/madera pulida/mayólica/loseta/mosaico	Cemento pulido	Cemento sin pulir	Tierra/arena
Ingreso económico	5127 – 10,622 o + soles/mes aproximadamente	3263 - 5126 soles/mes aproximadamente	1993 – 3261 soles/mes aproximadamente	Entre 1028 – 1992 soles/mes aproximadamente	Menos de 1027 soles/mes aproximadamente

Fuente. Vera, O.

### Interpretación

Niveles	Nivel socioeconómico	Puntaje versión original APEIM 2008-2009
1	A	22-25 puntos
2	B	18-21 puntos
3	C	13-17 puntos
4	D	9-12 puntos
5	E	5-8 puntos

## ANEXO 05

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (CRITERIO DE JUECES): EVALUACION DE NIVELES SOCIOECONOMICOS (APEIM)

#### COEFICIENTE DE VALIDACION "V" AIKEN

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	S	V de Aiken	Descripción
Ítem1	2	2	2	6	1,00	Válido
Ítem2	2	2	2	6	1,00	Válido
Ítem3	2	1	2	5	0,83	Válido
Ítem4	2	2	1	5	0,83	Válido
Ítem5	2	1	2	5	0,83	Válido
Ítem6	2	2	1	5	0,83	Válido
AIKEN TOTAL					0,89	Válido

Calificación:

A: ítem aceptable (2)

B: ítem que se modifica (1)

R: ítem que se rechaza (0)

#### **Coeficiente V-AIKEN**

$$v = \frac{S}{(n(C-1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Numero de jueces= 3 jueces

C= Número de valores = 3 (A, B, R)

Coeficiente de V-Aiken > 0.70 es valido

## ANEXO 06

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: EVALUACION DE NIVELES SOCIOECONOMICOS (APEIM)

#### ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

##### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	11	100,0
Casos Excluidos	0	,0
Total	11	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,887	6

##### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VAR0001	9,8182	52,964	-,174	,930
VAR0002	8,7273	29,218	,994	,811
VAR0003	8,7273	29,218	,994	,811
VAR0004	8,7273	29,218	,994	,811
VAR0005	8,7273	29,218	,994	,811
VAR0006	9,8182	52,964	-,174	,930

## ANEXO 07

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,

---

\_\_\_ una vez informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca..... de.... de 2018

---

Firma

DNI

## ANEXO 8

### Toma de Papanicolaou por establecimiento, en las mujeres de la jurisdicción de los Puestos de Salud del Valle Río Sangana – Miracosta. Chota – Cajamarca, 2018

Puesto de Salud	Toma de Papanicolaou						Total	
	Nunca		1-3 años		>3-6 años		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Anguyacu	0	0,0	25	96,2	1	3,8	26	25,5
El Guayabo	2	12,5	9	56,3	5	31,3	16	15,7
Puquiopampa	0	0,0	10	66,7	5	33,3	15	14,7
Sangana	1	4,8	16	76,2	4	19,0	21	20,6
Unican	4	16,7	11	45,8	9	37,5	24	23,5
Total	7	6,9	71	69,6	24	23,5	102	100,0

$X^2= 19,661$

$p = 0,012$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla muestra que la totalidad de mujeres de la jurisdicción del Puesto de Salud Anguyacu menciona haberse realizado un Papanicolaou; el 96,2% con una frecuencia de 1-3 años, según lo recomienda la Guía Nacional del Ministerio de Salud, y el 3,8% con una frecuencia de >3-6 años; En la jurisdicción del Puesto de Salud El Guayabo, del total de mujeres de 50-64 años de edad, solamente el 56,3% se hace una toma de Papanicolaou en un periodo de 1-3 años, el 31,8% en un periodo de >3-6 años y el 12,5% nunca se lo hizo. En la comunidad de Puquiopampa, la totalidad de mujeres se hicieron al menos una toma de Papanicolaou, el 66,7% con una frecuencia de 1-3 años y el 33,3% con una frecuencia de >3-6 años; en la comunidad de Sangana, el 76,2% de mujeres se hizo una toma de Papanicolaou con una frecuencia de 1-3 años, el 19% con una frecuencia de >3-6 años y el 4,8% nunca se hizo una prueba citológica. En la comunidad de Unicán, solamente el 45,8% de mujeres e hizo una toma de Papanicolaou con una frecuencia de 1-3 años, el 37,5% con una frecuencia de >3-6 años y el 16,7% nunca lo hizo.