

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN - LEON**



**Tesis para optar al título de:
*Doctor en Medicina y Cirugía***

El examen de Papanicolaou: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Mujeres de 15 a 49 años del Municipio de Kukra Hill. Noviembre 2006.

AUTORES:

Bra. Leslie Carolina Sáenz
Br. Jaime Sampson Dávila

TUTOR:

Dr. Abraham Mayorga Hernández
Epidemiólogo

ASESOR METODOLOGICO

Dr. Juan Almendarez

BLUEFIELDS, MARZO 2007

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a **DIOS** por la vida y la fuerza que nos dio para llegar a esta etapa de nuestra vida profesional

A **nuestros padres** por apoyo incondicional que nos han dado en todo el transcurso de nuestras vidas.

A nuestro tutor, **Dr. Abrahán Mayorga**, por su tiempo, conocimientos, dedicación y ayuda para la realización de este trabajo monográfico.

OPINION DEL TUTOR

La presente investigación monográfica que tiene por tema; **El examen de Papanicolaou: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Mujeres de 15 a 49 años del Municipio de Kukra Hill Noviembre 2006**, nos proporciona a los gerentes y tomadores de decisiones, datos de suma importancia en las esferas del conocer, entender y hacer de las mujeres con respecto al examen de papanicolaou en el Municipio de Kukra Hill, obteniéndose resultados y conclusiones que derivan en recomendaciones cruciales a tomar en cuenta, para la elaboración e implementación de planes, estrategias, intervenciones, encaminadas a facilitar la detección oportuna del CaCu principal objetivo del Programa de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvico Uterino en la Región.

Felicito a los autores Sáenz y Sampson Dávila por la investigación llevada a cabo en tan importante tema, que representa uno de los problemas priorizados en nuestra Región y por la aplicación rigurosa del método científico, espero que continúen profundizando en el área de la investigación y la salud pública.

Dr. Abraham Mayorga Hernández (11903)

Director Salud Ambiental y Epidemiología

SILAIS-RAAS

RESUMEN

El papanicolaou es un método accesible y barato para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino. Nuestro estudio consiste en determinar los conocimientos prácticos y actitudes sobre el Papanicolaou, esperando que los resultados sean de utilidad para mejorar las estrategias utilizadas, para la detección oportuna del cáncer Cervico uterino en el municipio de Kukra Hill.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a 207 mujeres en edad fértil del Municipio de Kukra Hill en el periodo de Noviembre del 2006.

Las mujeres eran eminentemente jóvenes, Procedente del área rural, con escolaridad primaria y analfabetas, con inicio de vida sexual activa temprana.

La mayoría de las mujeres no sabían la definición del Papanicolaou, el intervalo para realizárselo, las condiciones, ni quienes se deben hacer el Papanicolaou. La mayoría tienen una buena actitud ante la realización del papanicolaou y prefieren que se los realice una mujer. Más de la mitad de las mujeres se habían realizado un Papanicolaou, hace menos de un año, recibiendo el resultado después de un mes y algunas de ellas no obtuvieron resultados por que el centro de salud no se los entrego o por que no lo fueron a retirar.

El resto de mujeres que no se habían realizado el Papanicolaou fue por desconocimiento del mismo y por vergüenza.

ÍNDICE

INTRODUCCION -----	1
ANTECEDENTES -----	3
JUSTIFICACIÓN -----	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	6
OBJETIVOS -----	7
MARCO REFERENCIAL -----	8
MATERIAL Y METODO -----	32
RESULTADOS -----	42
DISCUSIÓN -----	63
CONCLUSIONES -----	68
RECOMENDACIONES -----	70
BIBLIOGRAFIA -----	71
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino continúa siendo un problema importante de Salud Pública entre las mujeres de todo el mundo especialmente en los países en desarrollo.

En el 2000 se calculó que habría 470,606 casos nuevos y 233,372 defunciones por carcinoma del cuello uterino (cáncer cérvico uterino) al año entre las mujeres de todo el mundo. En la Región de las América se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones por cáncer cervicouterino. (1)

En Nicaragua el cáncer cervico uterino es una de las primeras 10 causas de mortalidad en la población femenina y la principal causa de muerte por neoplasias especialmente en la mujeres entre 25 a 64 años.

Para el año 2005 en Nicaragua en la ciudad de León en registros del departamento de patología del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello" (HEODRA) se reportan, 57 casos de cáncer IN SITU y 42 casos de cáncer invasor, dichos resultados van en aumento comparados con registros de años anteriores (2)

En la Región Autónoma del Atlántico Sur durante el período de 1997 a Junio del 2005 se reportaron 51 muertes por cáncer cérvico uterino, siendo el grupo etareo más afectado el de 50 y más con 29 casos, seguido del grupo de 35 - 49 con 11 casos y el grupo de 15-39 con 11 casos. Para el año 2002 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 33 casos x 100,000 habitantes constituyendo la tasa más alta a nivel nacional. En el 2003 y 2004 la tasa fue de 21 casos x 100, 000 habitantes. En el Municipio de Kukra Hill la tasa de mortalidad acumulada por cáncer cérvico uterino del año 2002 - 2005 fue de 4.5 x 10,000.

Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres sintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados.

La herramienta más utilizada y apropiada para llevar a cabo el tamizaje es el Papanicolaou, el cual es una prueba que se utiliza para la detección precoz del cáncer del cuello uterino, así como la presencia de alguna enfermedad de transmisión sexual.(3)

En la mayoría de los casos el cáncer del cuello uterino se puede curar si se detecta a tiempo, la mayoría de las mujeres que mueren de cáncer cervico uterino son aquellas que nunca se han sometido a una prueba de papanicolaou, o se la hacen cada 4-5 años. Si todas las mujeres se realizan un paps como parte del examen del cuello del útero, el cáncer del cuello de la matriz se convertiría en una enfermedad perfectamente curable. (3)

En la RAAS el Municipio de Kukra Hill tiene baja cobertura en la toma del papanicolaou (3.9% con relación a sus Mujeres en Edad Fértil, año 2005), creemos que es debido al poco conocimiento que tienen las mujeres de este municipio, así como otros factores que influyen en las actitudes y prácticas para la realización de este examen vital para el ciclo de vida de toda mujer.

ANTECEDENTES

Según los resultados de un estudio cualitativo elaborado por el Ministerio de Salud (MINSA), existen deficiencias en los conocimientos y prácticas de la población sobre patologías y otros problemas de salud que pueden ser prevenidos a nivel del hogar y de la comunidad en conjunto con el personal de salud. El 82% de los de todos los problemas de salud están concentrados en 8 patologías dentro de la que se incluye la mortalidad de las mujeres.

La documentación y los datos provenientes de los estudios CAP revisados indican que los factores que más influyen en las tasas de morbilidad y mortalidad son, en su mayor parte, prevenibles. Sin embargo hay una falta de conocimientos, motivación o prácticas preventivas que podrían apoyar a la población a estar mejor preparada para prevenir o enfrentar problema de salud o situaciones de emergencia. (4)

Dentro de las posibles causas identificadas por el estudio están las siguientes debilidades: no existe una estrategia de comunicación y acción comunitaria para lograr cambios de conductas, ni una estrategia de mercadeo de servicios de salud.

No existe una política de información interna y externa del Minsa que alcance a diferentes segmentos de la población usuaria de los servicios lo que provoca una imagen negativa en la prestación de los servicios. (3)

En nuestro país se han realizado varios estudios de conocimientos y actitudes sobre el papanicolaou, de los cuales tenemos:

En octubre de 1991, sobre cuanto saben nuestras mujeres pacientes en el hospital Berta Calderón Roque, donde se entrevistaron a 183 mujeres, de las cuales el 53.5% nunca se habían realizado el papanicolaou, también se encontró que el 19% de ellas no tenían idea para que sirve el examen y el 37.6% se lo habían realizado hace varios años atrás.(6)

Un estudio sobre cáncer de cuello uterino invasor en 1990-1994 en el hospital HEODRA de León, nos muestra que el 62.3% de las pacientes nunca se habían realizado un papanicolaou a pesar de que el 90% se encontraban en etapas avanzadas .(6)

Otro estudio en el HEODRA de León, sobre conocimientos y actitudes en relación al papanicolaou, en abril de 1996 se encuestaron a 100 mujeres de las cuales del 50-59% desconocían los factores de riesgo de cáncer cervico uterino, el 8% conocían que el PAPS era para detectar cáncer cervico uterino, el 83% afirmaron que el examen era para detectar infección de transmisión sexual y SIDA, con lo que nos damos cuenta el alto porcentaje de desconocimiento de las mujeres acerca del papanicolaou. (7)

También encontramos un estudio en Siuna- Waspan en 1999 sobre conocimientos, actitudes y practicas de las pacientes del personal de salud, en donde se encontró que a mayor edad aumentaba la realización del papanicolaou (8)

JUSTIFICACIÓN

Para disminuir la tasa de mortalidad debido al Cáncer Cérvico Uterino, es necesario que los programas de detección precoz de este tipo de patología alcancen el impacto para el cual fueron creados.

Creemos necesario estudiar este grupo de mujeres de 15 a 49 años, ya que es la edad en que se presentan la etapa precancerosas del cáncer y se pueden tomar medidas para evitar la formación de cáncer en edades más avanzadas.

Consideramos importante evaluar lo que saben las mujeres de estas edades alrededor del examen del papanicolaou, para ver hasta que punto ha logrado el Ministerio de Salud promocionar este examen, sus actitudes ante diferentes situaciones que facilitan las decisiones de hacer o no el examen y la necesidad de realizarse exámenes periódicamente según en dependencia de sus particulares,

Estos resultados nos permitirán identificar las dificultades de la información, comunicación y educación y de esta manera generar acciones que mejoren las coberturas y el acceso a los programas y servicios de atención a la mujer. En otras palabras aportar al mejoramiento de la calidad del programa de detección oportuna del cáncer cervico uterino.

Con nuestro estudio también pretendemos no solo mejorar el programa si no también incentivar y crear conciencia en la población en riesgo para que sepan la importancia y la gran utilidad del papanicolaou y de esta forma disminuir la tasa de mortalidad de las mujeres debido al CaCu en este municipio y por ende en la región y país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo están los conocimientos de las mujeres en edad fértil del municipio de Kukra Hill en relación al examen del papanicolaou?

¿Cuáles son las actitudes de éstas mujeres en relación con la toma de las muestra para el papanicolaou?

¿Cuáles son las prácticas de las mujeres en relación a la realización del papanicolaou?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las mujeres en edad fértil en relación con el papanicolaou en el Municipio de Kukra Hill. Noviembre 2006.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar las características generales, historia sexual y reproductiva de las mujeres estudiadas.

- 2) Determinar los conocimientos que tienen en relación al examen de papanicolaou.

- 3) Determinar las actitudes de las mujeres en relación con la toma de la muestra para el examen de papanicolaou.

- 4) Identificar las prácticas que tienen en relación con la realización del examen de papanicolaou y seguimiento de la obtención los resultados.

MARCO TEÓRICO

EL CONCEPTO DE ACTITUD Y COMPORTAMIENTO

Vamos a acercarnos a este conocimiento al concepto de actitud por su acepción más general.

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año 1,918 por Thomas y Znaniecki, considerándola como:

“El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor”.

Los valores son creencias referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad.

Allport (1,935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa la siguiente:

“La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado”

Kretch y Hutchfield (1952), la definen como:

“una organización estable de procesos motivacionales, perceptivos y cognoscitivos, concernientes a un aspecto del universo del individuo.”

Algunas consecuencias clave que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes:

- La actitud es un concepto en el que se combinan una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona.
- La actitud es el resultado de un proceso organizado.

- La actitud se desarrolla a partir de experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje.

A continuación vamos a estudiar este concepto desde cuatro puntos de vista que son complementarios:



Aspecto inductivo de la actitud

En su aspecto inductivo, el concepto de actitud más utilizado es el que indica que esta formada por tres componentes:

- a. Cognoscitivo o de representación del conocimiento que el sujeto posee del objeto o tema en cuestión.
- b. Afecto-emocional o conjuntos de afectos, sentimientos y emociones que impregnan las ideas, conceptos y creencias. Considerado como el componente más reactivo al cambio por lo implantado que está en el sujeto, tiende a ser coherente con el componente cognoscitivo. Los criterios que se utilizan para establecer las preferencias dan como resultado la evaluación del conocimiento
- c. Conductual o de tendencia o de predisposición a actuar, reaccionar frente a un tema u objeto psicosocial. En teoría puede predecir la conducta del sujeto, aunque en la práctica se comprueba que aquella nunca es del todo

predecible. Este componente distingue la actitud de otras variables en la medida que impulsa a actuar en cualquier sentido de forma activa. Si una persona se identifica con una causas social, significa que después de una evaluación de otras actitudes y de acuerdo con sus criterios la ha seleccionado

Los tres componentes de las actitudes dependen en gran medida de cómo se percibe y se organiza la información recibida y la experiencia vivida. La percepción del exterior no es completa ya que normalmente la cantidad de información supera la capacidad de registrarla simultáneamente, lo que obliga a que se produzca una selección, que supone la anulación de parte de la información y a organizar lo percibido según diversas posibilidades.

Así, ante cualquier situación percibida directamente o transmitida por algún medio de comunicación, se recodifica lo percibido. Los componentes se relacionan entre si y de estas relaciones surge la consistencia o inconsistencia sobre lo percibido. De esto deducimos que las actitudes se pueden modificar por las experiencias internas y por las circunstancias exteriores, dependiendo su cambio del compromiso con la acción que se ejecuta.

Aspecto deductivo de la actitud

Desde el punto de vista deductivo, una actitud es un concepto destinado a definir las relaciones entre un sujeto y un objeto que no se pueden medir principalmente, sino que se deducen de la conducta o de las declaraciones verbales del sujeto. Katz (1960) identifica las siguientes funciones básicas:

- **Función de ajuste:** los productos o servicios sociales que ofrece el mercado a la población adoptante producen valoraciones que pueden ser interpretadas positiva o negativamente y que pueden modificar actitudes preconcebidas. Por ejemplo, una persona puede tener dudas acerca de la dedicación de los fondos recaudados para una ONGD, destinados a paliar el hambre en Etiopía.

Sin embargo, posteriormente, puede modificar su actitud por que ha tenido ocasión de comprobar personalmente su correcta utilización.

- Función de defensa del yo: en las actitudes, las personas buscan confianza y seguridad. La asunción de conceptos sociales refuerzan nuestra imagen ante la sociedad y ante nosotros mismos.
- Función de conocimiento: las personas por naturaleza buscamos aprender con orden. Las actitudes ayudan a simplificar una realidad compleja. La función principal es crear actitudes favorables hacia la causa social objeto de interés.

Aspecto organizativo de la actitud.

En su vertiente organizativa, la interpretación, las creencias y las teorías se generan tanto a través de fuentes privadas y personales como por influencias públicas y sociales.

El aspecto mas importante y debatido en relación con las actitudes es el que indica que la conducta de una persona es función de su actitud actual y de la situación en la que se pone de manifiesto esta actitud, es decir, se considera que las actitudes tienen potencial para predecir la conducta humana. Ese potencial se basa en la concepción del comportamiento como una forma de actitud y se vera influido por otras circunstancias tales como: la interpretación que el individuo hace de la situación, de sus creencias sobre la intención de otras personas y de las teorías que elabora a partir de otras situaciones conocidas.

Asimismo las actitudes del individuo se encuentran determinadas por el sistema sociocultural en el que vive. Dentro del sistema, la influencia de la actitud de la familia en todo el grupo socio familiar es de suma importancia. Partiendo de la organización celular básica de la sociedad, la familia, los valores, los prejuicios y las racionalizaciones se transmiten mediante vectores familiares hacia cada uno de sus miembros. Interesa, por tanto conocer los factores que a su vez, pueden influir en

esas actitudes, en especial, los efectos que produce el problema social objeto de estudio y como poder cambiar o modificar dichas actitudes.

Por ultimo indicamos que, prácticamente no existen actitudes ni conocimientos autónomos, sino que se encuentran inscritos en sistemas de conocimiento. En consecuencia la recodificación selectiva de la información, normalmente, obedece a una serie de procedimientos y reglas relacionadas con la estabilidad del sistema en que se inscribe cada nuevo dato, que van desarrollándose a medida del crecimiento de la experiencia.

ANALISIS PSICOSOCIAL DEL CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO.

El ser humano, acuciado por la necesidad de intervenir, para modificar su entorno natural y relacional y con el fin de crear las condiciones mas favorables para su existir y devenir, ha necesitado conocer y comprender los elementos del sistema en el que se desenvuelve. Este hecho ha impregnado toda la historia del pensamiento social, ya sea religioso, mágico o racional.

En el marco de la Psicología Social existen tres sistemas básicos, íntimamente interrelacionados

- El sistema de necesidades
- El sistema de conocimientos
- El sistema de actitudes.

Cualquier cambio en uno de ellos propone modificaciones en los otros dos, por ello, actuando en el sistema de necesidades o en el de conocimientos se podrá influir en el cambio de actitudes.

Asimismo, un cambio en un elemento de uno de los sistemas produce una modificación en la estructura y la organización de dicho sistema. Se podrá, por tanto, cambiar las actitudes si se cambia algún elemento de ese sistema que las conforma.

Variaciones en el sistema de necesidades.

La variación en el sistema de necesidades se puede realizar bien por la aparición de nuevas necesidades o por sustitución de unas necesidades por otras. En cualquier caso, surge un nuevo campo que tiende a rodearse de elementos cognoscitivos-actitudinales.

Así, al aparecer nuevas necesidades se tiende a considerar sobre ellas la información que se tiene más a mano, de tal manera que si no se dispone de información consistente se integra información inconsistente.

Variaciones en el sistema de conocimientos

La forma de influir mediante el conocimiento se da mediante tres vías



Por cualquiera de ellas, se puede producir la aparición de nuevas necesidades y nuevas actitudes. Al intentar modificar el conocimiento mediante la transmisión de información, el mensaje social que se utiliza se nutre de una complicada y difícil dialéctica entre una cultura ideal y una cultura real.

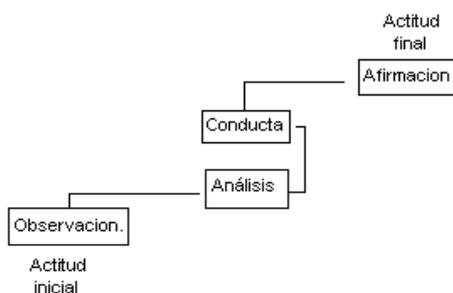
La primera se refiere al "debe ser" (normas jurídicas, morales, estereotipos definidos) que a menudo se transmite y confunde con el "ser". La segunda es la que forman las reglas que efectivamente operan, en las que están incluidas las racionalizaciones de la cultura ideal y su normativa.

En relación con el cambio de actitudes se habla de cambios incongruentes y congruentes, en el sentido que exponemos a continuación.

- Cambios incongruentes, cuando lo que se produce es una variación en el signo de una actitud existente: de positiva a negativa. Por ejemplo, pasar del rechazo a la aceptación de un inmigrante.
- Cambios congruentes, por la dirección del cambio es en el mismo sentido que el signo de la actitud en cuestión; este tipo es más fácil de producir que el anterior. Por ejemplo, conseguir que de la intolerancia se pase a la aceptación de un discapacitado.
- La carencia de datos puede producir actitudes que poco tengan que ver con la realidad. Un aumento de la información, de forma directa o indirecta, puede corregir el sentido y/o la intensidad de las actitudes. Sin embargo, este proceso no es sencillo porque, entre otras cosas, no se debe olvidar que los componentes de la actitud no son solo cognoscitivos, sino que pueden operar con mayor fuerza los elementos emotivos. Frecuentemente, ante una información que contradice la actitud existente, aparecen procesos de razonamiento defensivos y puede llegarse a no percibir la información, o percibirla parcialmente, reinterpretándola y asimilándola en el sentido de las actitudes ínter conexas.

Modelo de cambio de comportamiento.

El modelo que proponemos para el cambio de comportamiento lo dividimos en cuatro fases significativas.



- a. Observación. Es la etapa en la que el adoptante objetivo, realmente, no está considerando la acción deseada. Normalmente obedece a tres tipos de antecedentes: al desconocimiento del problema social en cuestión, por ejemplo, los efectos físicos y psíquicos de ciertas drogas; la errónea percepción de que no es un afectado directo por el problema: es el caso de algunas parejas heterosexuales no consumidores de drogas frente al contagio del SIDA; o a individuos cuyos principios y valores son contrarios al comportamiento propuesto
- b. Análisis. Los individuos se encontraran en esta etapa cuando sean conscientes de la posibilidad de cambiar su actitud, no se opongan a ello, pero estén analizando las ventajas e inconvenientes del cambio
- c. Conducta. Después del análisis de los pros y los contras, el adoptante ha decidido llevar a cabo el comportamiento. Para ello, la forma de incentivar dependerá de si el comportamiento requerido se realiza de una sola vez: las donaciones de órganos, dinero, etc. Deben repetirse en el tiempo de manera constante: los programas de desintoxicación; cambios permanente: la conservación del medio; cambios permanente pero que se necesiten en situaciones concretas: sugerir quien conduce ante la expectativa de tomar alcohol.
- d. Afirmación. En algunos casos o con individuos concretos es necesaria una estrategia de recordatorio para que no se abandone el comportamiento socialmente deseado. Es una etapa crucial por que de ella depende que los esfuerzos anteriores tengan éxito permanente.

Retos para crear conciencia sobre el cambio de comportamiento

Se conocen tres razones básicas que los individuos no desarrollan un nuevo comportamiento:



Que de forma resumida, significan:

- Ignorancia. Son sencillamente inconscientes de cualquier necesidad de renunciar a sus costumbres habituales, tal era el caso cuando nadie había oído hablar del SIDA
- Presunción de Irrelevancia. Aunque han oído hablar de la necesidad, no se incluyen entre esas personas, como es el caso en la actualidad de muchos heterosexuales y no consumidores de drogas que ven el SIDA como un problema de los demás
- Principios. Aunque sean conscientes de la necesidad potencial de que las personas como ellos adopten un nuevo comportamiento, sus valores básicos les alejan de considerar el emprenderlo, como el caso de las personas que rechazan la utilización del preservativo para prevenir el contagio del SIDA, por que va en contra de sus creencias religiosas.

Claramente, los retos con que se enfrenta son distintos en cada caso.

1. En el primero caso, el problema es crear concienciación.
2. En el segundo, es crear interés.
3. En el tercero, cambiar los valores inhibidores.

En los tres casos, sin embargo las herramientas principales son de comunicación.

Estrategias para el cambio de comportamiento: la comunicación

Hay dos cuestiones fundamentales en este punto

1. decidir sobre los objetivos de la campaña de concienciación.
2. descubrir como dar a conocer el mensaje.

Objetivos de la comunicación

El modelo se basa en la presunción de que los individuos cambiaran su actual comportamiento si esta motivados por preocupaciones sobre el tema social propuesto. Para conocer si esa motivación existe podemos recurrir a dar respuesta a las 4 cuestiones siguientes:

- ¿Creen que corren el riesgo de que suceda algo no deseado si continúan con su actual comportamiento?
- ¿Creen que la gravedad de este suceso es substancial?
- ¿Creen que existe un medio a su alcance que reducirá el riesgo o la gravedad del suceso esperado?
- ¿Creen que los costes de emprender la acción son superados por los beneficios?

En función de las respuestas que se consigan a estas y a otras preguntas que estén relacionadas con el asunto social, el objetivo de la comunicación será diferente, insistiendo en uno u otro aspecto: riesgo a gravedad percibida

Estrategia de la comunicación.

Para que el público objetivo pase a tener conciencia del problema, y de ahí a su análisis, debe ir, también, por etapas asumiendo la efectividad de su preocupación y la gravedad del riesgo. Para ello, los públicos han de tener una medida mínima de concienciación y de interés.

Para que una campaña consiga una meta de un cambio de comportamiento permanente, el público objetivo pasa por los siguientes pasos.

1. Exposición al mensaje.
2. Prestar atención al mensaje.
3. Conseguir interesar y aprender.
4. Saber lo que dice.
5. Aprender a hacer lo que dice el mensaje.
6. Cambiar la actitud.
7. Almacenar el contenido del mensaje.
8. Buscar y mantener la información.
9. Decidir formas de pasar a la acción.
10. Comportarse de acuerdo con la decisión.
11. Reforzar las acciones deseadas.
12. Consolidar el nuevo estilo de vida.

La selección de los medios de comunicación

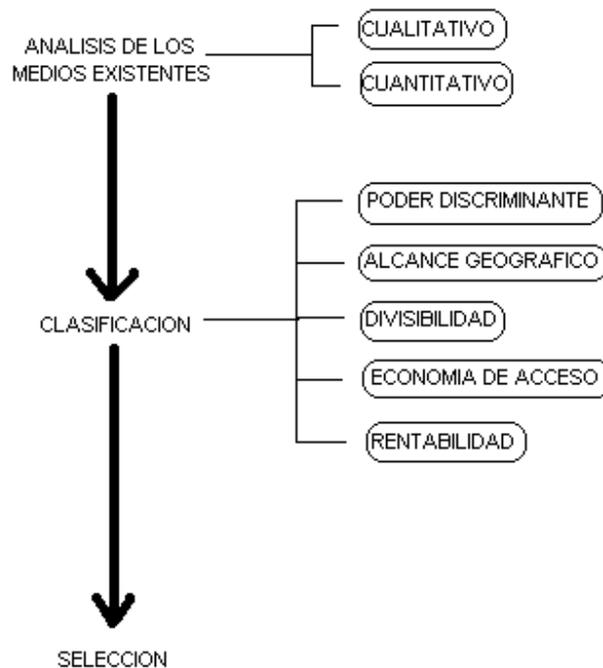
Se trata de un proceso de toma de decisiones en el que se va marcando el camino a seguir para utilizar, de la mejor manera posible, el tiempo y el espacio publicitario de los medios y, de esta forma, contribuir a la consecución de los objetivos de la comunicación.

Seleccionar los medios de comunicación que reflejen comportamientos conocidos del público, añaden el máximo poder comunicativo a los mensajes y maximizan el impacto a la vez que minimizan el gasto. Definirlos, significa planificar una tarea que tiene por objeto asignar presupuestos a fines concretos de la manera más rentable posible

Intentar seleccionar los medios y los soportes de comunicación, antes de conocer la definición del grupo objetivo o la penetración de los medios, solo puede conducir a conseguir resultados no deseados. Es necesario partir de la idea de que la selección de medios no es una disciplina aislada sino que esta integrada en el mix de la

comunicación. El objeto último del plan de medios es colaborar en la tarea de comunicar la causa social que nos ocupe.

Señalamos a continuación algunas de las características y de los principios que han de regir en la selección. Como cualquier proceso de selección, éste parte del análisis de los medios existentes: lo que aporta cada uno a la consecución de los objetivos, para después, clasificarlos y, por último, elegir el más adecuado



Análisis

En su versión más amplia un análisis de medios debe contener una vertiente cuantitativa y otra cualitativa

a. Análisis cuantitativo.

Consiste en una clasificación de los medios desde el punto de vista de su alcance, de su volumen y del grado de exposición a ellos por parte de las audiencias. Como estos datos sirven solo de punto de partida, su presentación habrá de hacerse de la forma más esquemática posible.

b. Análisis cualitativo

Deberá estudiar las siguientes variables

Estudio de los medios
<ul style="list-style-type: none">• Según sus características técnicas: imagen, movimiento, sonido, color y contenido informativo
La población frente al consumo de los medios
<ul style="list-style-type: none">• Segmentos más permeables a la publicidad.• Actitud receptiva o predisposición en contra por parte de la audiencia.
Tipos de anuncios y formatos
<ul style="list-style-type: none">• Utilizados por nuestra causa y por otras, campañas de imagen o dirigidas a conseguir inmediatos.

Clasificación.

Realizado el análisis disponemos de la información para distinguir los tipos de herramientas de comunicación que nos permita elegir aquellas más adecuadas de acuerdo con sus características y efecto en el comportamiento que queremos cambiar

En primer lugar es importante distinguir entre medios y soportes, desde el punto de vista publicitario

Medio	Es el resultado del desarrollo de una técnica, en lo que tiene de vehículo para la inserción de mensajes publicitarios o de otro tipo.
Soporte	Es cada una de las realidades en las que se materializa el medio. La realidad soporte, a su vez, puede fragmentarse pudiendo, por tanto afirmarse que un soporte esta formado por otros soportes de menor complejidad

Desde el punto de vista de la planificación publicitaria identificamos una serie de criterios de clasificación de los medios de comunicación, en función de las siguientes variables: poder discriminante, alcance geográfico, divisibilidad, economía y rentabilidad.

a. Poder discriminante.

Representa el alcance que tienen algunos medios para llegar a un reducido y bien definido grupo de personas, a diferencia de los que se dirigen a un segmento de la población amplio y heterogéneo.

b. Alcance geográfico

Representa la extensión de un medio para llegar a la población que reside en una ciudad, una provincia una región, un país o varios.

Divisibilidad

Hay que distinguir entre divisibilidad de formatos y de soportes. La primera, viene representada por la amplia o escasa gama de tamaños y la posibilidad de admisión por parte del medio o versatilidad. La segunda, de soportes o grado de atomización consiste en la menor o mayor cantidad de soportes que ofrecen los medios

Economía

Este criterio explica el umbral mínimo económico necesario para conseguir una renta útil y eficaz

Rentabilidad

Mide el coste que supone el hecho de que un anuncio entre en contacto o tenga oportunidad de hacerlo. Como una de las personas a las que va dirigido.

Comparación entre los medios de comunicación.

Variable	Tv	Radio	Cine	Prensa	Revistas	Exterior	Internet
Cobertura	Alta	Alta	Bajo	Bajo	Alta	Bajo	Alta
Discriminación	Bajo	Alta	Alta	Alta	Alta	Bajo	Bajo
Divisibilidad	Alta	Bajo	Bajo	Alta	Bajo	Alta	Bajo
Coste inicial	Alta	Alta	Alta	Bajo	Alta	Alta	Bajo
Coste por impacto	Bajo	Bajo	Alta	Alta	Alta	Alta	Bajo

¿QUÉ ES CONOCIMIENTO?

Es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión consciente de un modelo de la realidad en el alma.(9)

PAPANICOLAOU

DEFINICION

El examen del papanicolaou es una prueba para detectar el cáncer del cuello uterino, así como la presencia de alguna enfermedad de transmisión sexual. Se conoce también como Citología Cervical. Durante las últimas décadas, los Papanicolaou han reducido en más de un 70% las muertes causadas por el cáncer de la cervix en los Estados Unidos.

PARA QUE SIRVE:

El Papanicolaou evalúa los cambios anormales en las células cervicales pudiendo detectar un cambio PRE-canceroso en las células conocido como displasia cervical. Las células anormales pueden desarrollarse en un cáncer si la displasia no es descubierta oportunamente y tratada.

El test de papanicolaou o citología cérvico vaginal, sigue siendo la prueba mas utilizada y apropiada para cribado de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino frente a otras disponibles. Existe una gran variabilidad en los resultados de sensibilidad y especificidad comunicados por diferentes estudios, se han obtenidos rangos de sensibilidad de 11-99% y de especificidad de 14-97%.

El objetivo fundamental de la aplicación de esta prueba es la detección de lesiones precursoras del cáncer de cerviz de forma que se logre una reducción de la incidencia de lesiones invasivas. Este examen citológico se basa en la exfoliación inducida de células normales o patológicas del cuello uterino principal aplicación clínica es la distinción entre lesiones cervicales benignas de aquellas precancerosas o francamente malignas y como procedimiento de seguimiento en pacientes con tratamiento previo.

El Papanicolaou también puede detectar infecciones virales de la cerviz, tales como verrugas genitales (condilomas) y herpes, infecciones vaginales, tales como infecciones por levadura o tricomonas. Algunas veces el Papanicolaou puede proporcionar información acerca de sus hormonas, especialmente sobre la progesterona y el estrógeno.

LOS BENEFICIOS DEL PAPANICOLAOU

El papanicolaou (PAP) es el principal examen o método ideado para prevenir y diagnosticar a tiempo el cáncer del cuello del útero o cuello de la matriz. Tan importante es el resultado de esta prueba, que puede detectar las enfermedades premalignas (Displasia Leve, Displasia Moderada, Displasia Severa) que se producen antes del cáncer. Cuando el PAP detecta estas enfermedades premalignas o incluso el cáncer en sus estadios tempranos, la cura es casi un hecho, pues todavía el daño es reversible. Es por esto que es de suma importancia tener un control con el ginecólogo cada 6 meses.

El cáncer cervical puede ser mortal si no se trata a tiempo y la única forma de determinar la presencia de esta devastadora enfermedad, sus síntomas o señales de riesgo es a través de la prueba de Papanicolaou. La prueba PAP es sencilla, rápida, indolora y económica, en la cual se puede ver microscópicamente si las células anormales son de origen glandular o escamoso. Estos pequeñísimos cambios celulares a veces se convierten en cáncer del cuello de la matriz. Es por eso que se sugiere que usted se haga una prueba de PAP regularmente, al mismo tiempo que se hace un examen ginecológico.

En la mayoría de los casos el cáncer del cuello del útero o matriz se puede curar si se detecta a tiempo. La mayor parte de las mujeres que mueren de cáncer del útero son aquellas que nunca se han sometido a una prueba de PAP o se la hacen cada 4 ó 5 años.

Si todas las mujeres se hicieran una prueba PAP, como parte del examen del cuello del útero, el cáncer de cuello de la matriz se convertiría en una enfermedad perfectamente curable; El problema básico radica en que muchas mujeres evitan por todos los medios visitar al ginecólogo y con mayor razón el examen PAP. En general no existe conciencia del riesgo al que se exponen, ni de lo útil que puede ser una pequeña prueba en la prevención de la enfermedad mortal de Cáncer Cervical.

Las estadísticas sobre cáncer cervical son alarmantes y nos muestran la envergadura del problema, así como la importancia del Papanicolao. El 80% de las mujeres que mueren de cáncer cervical nunca se hicieron la prueba. De cada 5 mujeres, cuatro mueren de esta terrible enfermedad por no haberse sometido al examen, en el cual se hubiera evitado no solo la muerte sino la enfermedad en sí.

INDICACIONES PARA EL TAMIZAJE:

Todas las mujeres que hayan iniciado su actividad sexual con énfasis en:

- Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual.
- Mayores de 65 que no tengan citología reciente.
- Menores de 21 con historia clínica de riesgo.
- Toda mujer embarazada.

RECOMENDACIONES A LA USUARIA:

- Que no este menstruando.
- Evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 48 hrs. Antes.
- Abstenerse de relaciones sexuales 48 hrs. Antes.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Dada la dificultad de acceso de algunas mujeres al programa de toma de citología, o su escasa motivación, las contraindicaciones para tomar la citología se deben minimizar y aprovechar el momento en que acude la usuaria para realizar el examen, por lo que se puede tomar en los siguientes casos:

- Durante el período menstrual cuando el sangrado sea escaso.
- En caso de abundante flujo vaginal.
- En caso de relaciones sexuales recientes o ducha vaginal previa.

En estos casos se puede tomar la citología si primero realizamos una suave y ligera limpieza del cuello uterino con una torunda de algodón o gasa impregnada con un poco de solución salina, sin presionar ni tocar el área del orificio endocervical, ya que el objetivo es retirar el exceso de secreción, sangre o esperma y nos permita tomar la muestra adecuada con células de la zona de transformación, que es nuestro objetivo.

Las usuarias portadoras de VIH/SIDA, se recomienda tomar la citología dos veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH; si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual, en caso contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia.

En usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha probable de parto o si bien a pesar de las explicaciones la usuaria rehúsa tomarse la citología, se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto.

El tamizaje podría ser discontinuado a discreción del médico y la usuaria si cumplen los siguientes requisitos:

- Mujeres con 5 o más frotis negativos sometidas a HTA por enfermedad benigna.
- En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 citologías negativas en los últimos 10 años.

FRECUENCIA DE LA PRUEBA

La toma de la citología Cervico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales.

En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.

Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual. Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

- ♠ Historia previa de ITS.
- ♠ Portadora de VPH o HIV
- ♠ Fumadoras
- ♠ Historia de múltiples parejas sexuales
- ♠ Lesión preinvasora en cualquiera de los frotis previos.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Para mejorar la cobertura de la toma de citología cervical y reducir la incidencia y mortalidad por cáncer cervico uterino, se describen las estrategias seleccionadas. Estas son:

- Promoción para la salud.
- Aumento de la cobertura de citologías cervicales.
- Organización efectiva del diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Desarrollo humano a través de la capacitación del personal de salud

PROMOCIÓN PARA LA SALUD

Para lograr la detección precoz y oportuna, y, por ende, el control y reducción de las usuarias afectadas por el Cáncer Cervico Uterino, se propone aumentar los conocimientos de la población alrededor de los riesgos de esta enfermedad y las maneras más apropiadas para prevenirlas.

Información para la salud

Es de especial importancia para el éxito del programa incrementar el conocimiento sobre cáncer cervico uterino y la importancia de generar cambios positivos en la actitud de las mujeres con respecto a su propia salud y por otro lado se debe promover que los hombres actúen en colaboración como facilitadores del proceso del cuidado de la salud de sus cónyuges y propiciar la adopción de estilos de vida saludable como parejas.

Los principales ejes de comunicación y promoción de la salud que los gerentes y prestadores de los servicios de salud realicen, deben estar orientados a la disminución de los temores o la vergüenza para la realización de la citología cervical por parte de las usuarias, y a recuperar la confianza en los resultados que provee la institución.

También, debe fortalecerse en el personal de salud, las capacidades y técnicas adecuadas para realizar consejería apropiada como elemento básico y de apoyo que les ayude a asesorar a la población demandante y además lograr establecer una comunicación efectiva durante la prestación del servicio.

De igual manera, dentro de la estrategia integral de comunicación debe diseñarse material educativo que faciliten el apoyo oportuno y efectivo de los mensajes educativos.

Educación para la salud

Debe estar dirigida inicialmente a los prestadores de servicios de salud y luego al desarrollo de acciones de prevención dirigidas a la población en general y especialmente a las mujeres. Incluye actividades de educación para la salud sobre temas relacionados al Cáncer Cervico uterino, sin olvidar los aspectos relacionados con mitos y creencias, contribuyendo a mantener a la población informada sobre los riesgos de padecer la enfermedad, formas de prevenirla, oportunidades de cura, lugares donde pueda acudir en búsqueda de mayor información y de atención.

La población deberá ser informada sobre las posibilidades diagnósticas, terapéuticas disponibles y además de que el Cáncer Cervico Uterino tiene cura si es detectado tempranamente conllevando a mejores y mayores posibilidades de vida al ser detectado tempranamente.

Informar a las mujeres sobre los lugares donde pueden acudir para realizarse la detección oportuna de esta patología.

Orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el auto cuidado de su salud.

Alentar la demanda de la atención oportuna y periódica con fines de detección y en su caso de tratamiento.

La información al sexo masculino es necesaria desde el inicio de su madurez sexual por su relación con los factores de riesgo del cáncer cervico uterino, de forma particular, la transmisión del virus del papiloma humano (VPH) y que además sean estos motivadores o alentadores en sus familias para el cuidado de la salud.

Las actividades de promoción se realizarán a través de los medios de comunicación masiva (radio, prensa y televisión), carteles, plegables, afiches, charlas educativas brindadas en las unidades de Salud y en el trabajo de terreno, por el personal comunitario de apoyo a las acciones en salud previa capacitación: promotores de salud, parteras adiestradas, brigadistas, colaboradores voluntarios, y otras personas que deseen contribuir al mejoramiento del estado de salud de su comunidad.

La prevención y tratamiento oportuno de esta enfermedad debe orientarse como un derecho de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Participación Social

La participación Social constituye uno de los ejes fundamentados orientados a la toma de conciencia por la sociedad sobre su responsabilidad conjunta en la solución de los problemas de salud de la población y en particular del Cáncer Cérvico Uterino, a través de su integración activa en las acciones de control de esta enfermedad.

Se pretende incentivar y motivar la participación social y de grupos organizados en torno a los objetivos del Programa. Esto permitirá multiplicar los recursos disponibles y sensibilizar a diferentes sectores en el marco de la detección temprana del Cáncer Cervico Uterino.

Capacitación a promotores voluntarios, agentes comunitarios, líderes, etc., acerca del tema. Es conveniente que entre los temas de capacitación a los miembros de las redes comunitarias se incluya el cáncer cervico uterino, para que éstos se conviertan en multiplicadores educativos.

Actividades coordinadas con el sector educativo, especialmente de nivel medio y superior para que el tema se trate en el ámbito de la educación formal.

AUMENTO DE LA COBERTURA DE CITOLOGIA CERVICAL

Se pretende que las instituciones aumenten la cobertura de citologías para las mujeres en general, y en el Ministerio de Salud se realizará a través de la oferta de la toma de la citología en todas las unidades de atención (según el nuevo modelo de Atención Integral en Salud) y que forma parte, además del paquete básico de servicios de salud que se oferta.

El primer paso dentro de este proceso es la generación de la demanda del servicio por parte de la población objetivo, generación no exenta de dificultades.

Los problemas de por qué las mujeres no demandan los servicios de detección temprana del cáncer de cuello uterino son múltiples y pueden resumirse en:

Barreras de información, puesto que la falta de conocimientos y conciencia acerca del cáncer cérvico-uterino se constituye en uno de los principales obstáculos por los que las mujeres no se someten a exámenes de detección. Los programas deben llegar a aquellas mujeres de más alto riesgo con mensajes que las impulsen a buscar servicios de prevención del cáncer de cuello uterino.

Barreras psicológicas, las mujeres podrían mostrarse reacias a someterse al examen del PAP por vergüenza de hacerse un tacto vaginal, temor del procedimiento o temor a que el resultado sea cáncer.

Barreras sociales y culturales, que se refieren a la influencia o presión de la familia, sobre todo del esposo, y de su entorno de amistades que impiden a la mujer acudir en busca de atención médica basado en creencias muchas veces erradas. Esta barrera también se refiere a que los programas deberían proveer servicios de

detección, tratamiento y seguimiento que responda a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada.

Se debe de realizar un especial énfasis en los siguientes grupos:

- ♣ Mujeres de 30 a 59 años de edad
- ♣ Mujeres con factores de riesgo epidemiológico
- ♣ Mujeres de nivel socioeconómico bajo
- ♣ Mujeres del área rural
- ♣ Mujeres que nunca se han tomado citología
- ♣ Mujeres que no se han realizado citología en los últimos dos años.

Como apoyo a este enfoque se reforzará la coordinación e integración con otros programas y servicios de Atención Integral que se brindan en todas las unidades de salud del país.(3, 10)

MATERIAL Y MÉTODO

Área de Estudio:

El área donde se realizó la presente investigación corresponde al Municipio de Kukra Hill el que se encuentra situado en el sector central de la Región Autónoma Atlántico Sur, 30 Km., al norte de la Ciudad de Bluefields con una población de 9,118 habitantes, de los cuales el 71% corresponden al área rural y el 29% al área urbana. La distribución étnica de la población: Mestizos el 56 % y 39 % de Creoles y 5% Miskito. Se habla el idioma Español y el Inglés Creole y por último Miskito.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta a mujeres en edad fértil del Municipio de Kukra Hill.

Población de estudio:

La población en estudio corresponde a todas las mujeres en edad fértil del Municipio de Kukra Hill siendo estas 1,983 mujeres.

Tamaño de la muestra:

La muestra se calculó sobre la base de las 1,983 mujeres, mediante cálculo para muestra del programa EPI INFO 2005 Stalcalc y tomando en cuenta la prevalencia de Mortalidad por CaCu del Municipio Kukra Hill la cual es de 4.58 mujeres y un error de 0.05% y un nivel de confianza del 99.9%, siendo el resultado del tamaño de la muestra de **207** mujeres a encuestar.

La muestra será distribuida porcentual en las 8 rutas que conforman las 42 comunidades del Municipio de Kukra Hill, tendiendo una cuota porcentual en dependencia del tamaño de las poblaciones totales y de mujeres en edad fértil de 15-49 años de cada ruta.

Distribución porcentual del tamaño de la muestra.

Ruta	Población Estimada 2006	Población MEF 15-49 años 2006	Peso Porcentual	No. Mujeres a encuestar
Ruta 1(Escobal)	760	165	9	19
Ruta 2 (Nva. Alianza)	637	139	7	14
Ruta 3 (Big Lagoon)	457	99	5	10
Ruta 4(ASL)	529	115	6	13
Ruta 5 (Kukra Hill)	2,658	578	29	60
Ruta 6 (Río Kama)	1,203	262	13	27
Ruta 7(Pichinga)	2,212	481	24	50
Ruta 8 (Otras)	662	144	7	14
Total	9,118h	1,983	100	<u>207</u>

Selección de la Muestra:

Las mujeres se seleccionaron al azar en las visitas a estas comunidades a través de BMM (Brigadas Médicas Móviles) y/o en la asistencia por demanda de servicios a las unidades de salud correspondientes o de influencia para cada una de las rutas, utilizando un muestreo aleatorio simple que consistió sortear que mujeres iban a ser encuestadas.

Criterios de inclusión:

1. Mujeres en Edad Fértil.
2. Que acepten participar voluntariamente en el estudio.
3. Que residan en el municipio.
4. Que estén en pleno gozo de sus facultades mentales.

Fuente de información e instrumento de recolección:

Se realizó por fuente primaria, por medio de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas a las mujeres de las comunidades estudiadas. Durante el llenado del instrumento se les explicara quienes somos y el objetivo del estudio, se les pedirá su consentimiento para responder las preguntas, se procurara hacer la entrevista con la mayor privacidad posible.

Aspectos Éticos:

- Se Solicitó la participación de las mujeres de forma voluntaria.
- Se les explico los objetivos y alcances del estudio.
- Se aseguro la confidencialidad de los datos reportados por las mujeres. Para ello no se registro su identidad.

Procesamiento, análisis y presentación de datos:

Se creo una base de datos con las variables de estudio en el programa EPI INFO Versión, 3.3.2, se analizara mediante frecuencias y porcentajes y los resultados se presentaran en tablas y gráficos.

Las variables de estudio serán:

Generales:

Edad.

Procedencia.

Estado Civil.

Grupos Étnicos.

Escolaridad.

Ocupación.

Religión.

Idioma.

Sexuales / Reproductivos

Inicio de vida sexual.

Número de compañeros sexuales.

Paridad.

Planificación familiar.

Conocimientos y Actitudes al examen papanicolaou.

Definición o Concepto de Papanicolaou.

Ofertación del PAP.

Importancia del PAP.

Quien hace el PAP.

Valor o Costo del PAP.

Indicación del PAP.

Periodicidad del PAP.

Condiciones para toma de PAP.

Fuente de Información sobre PAP.

Aceptación a hacerse el PAP.

Causas de aceptación o rechazo.

Preferencia a quien le haga el PAP.

Consentimiento previo para hacerse el PAP.

Opinión de la pareja sobre la realización del PAP.

Prácticas al examen de papanicolaou.

Se ha realizado PAP.

Tiempo transcurrido desde la toma del último PAP.

Donde se lo realizo.

Circunstancias bajo las cuales se realizo el PAP.

Obtención de los resultados.

Tiempo de espera para obtener el resultado del PAP.

Por que no obtuvo resultado del PAP.

Razones por que no se realizo el PAP.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Edad	Años cumplidos referidos por la entrevistada al momento de abordarla.	Edad cumplida referida por la entrevistada.	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años
Procedencia	Lugar de domicilio de la entrevistada al menos 2 años.	Procedencia referida por la entrevistada	Urbano Rural
Estado Civil	Condición de la mujer con respecto a la sociedad.	Condición referida por la mujer	Casada Soltera Acompañada Viuda
Etnia	Grupo racial con el que se identifica la entrevistada.	Grupo racial que la entrevistada refiere que pertenece	Mestizo Creole Miskito Otro
Escolaridad	Grado escolar alcanzado por la entrevistada.	Nivel escolar referido por la entrevistada	Analfabeta Alfabeto Primaria Secundaria Técnica Universitaria
Ocupación	Trabajo estable que tiene la entrevistada al momento de la encuesta.	Ocupación referida por la entrevistada	Ama de casa Agricultura doméstica estudiante
Religión	Creencias religiosas que profesa la entrevistada.	Religión referida por la entrevistada	Católica Evangélica Morava Adventista Testigo de Jehová Otra
Idioma	Lenguaje hablado, escrito con que se comunica la persona entrevistada	Idioma referido por la entrevistada	Español Ingles criollo Miskito Otros

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Inicio de vida sexual	Edad de la paciente en que tuvo su primera relación sexual	Información de la paciente	Menos de 13 14- 19 años 20 – 25 años 26 – 30 años Mas de 30 años
Número de compañeros sexuales	Número de compañeros que han convivido con la paciente hasta el momento de la entrevista	Información de la paciente	1 compañeros 2 compañeros 3 compañeros 4 compañeros
Paridad	Número de partos vaginales reportados por la paciente	Información brindada por la paciente	Ninguno. 1 - 3 hijos. 4 - 6 hijos. 7 - 9 hijos. 10 -12 hijos.
Planificación familiar	Métodos utilizados para el control de la natalidad	Información brindada por la paciente	Ninguno. Preservativo. Píldoras. DIU. Esterilización. Inyectables.
Definición Papanicolaou	Concepto o definición referido por la entrevistada sobre el papanicolaou	Concepto referido por la entrevistada según escala	Bueno. Examen vaginal de la mujer para detectar el cáncer cervico uterino e infecciones de transmisión sexual. Regular. Respuesta Incompleta Malo. No sabe

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Lugar de Ofertación del PAP	Lugar o sitio donde la entrevistada refiere ofertan el examen PAP.	Lugar referido por la entrevistada	Centro de Salud Puesto de Salud Hospital Brigada médica móvil No sabe Otros
Importancia del PAP	Conveniencia al examen del PAP referida por las mujeres.	Importancia referida por la mujer	Sí No
Quien hace PAP	Conocimiento de las mujeres sobre quien hace o debe realizar el papanicolaou.	Personal de Salud que la mujer refiere debe ser la que le realice el PAP	Médico Enfermera Auxiliar de enfermería No sabe
Valor o Costo del PAP	Lo que creen las mujeres en cuanto al valor monetario del papanicolaou.	Valor monetario referida por la mujer	No se cobra Si se cobra No sabe
Indicación del PAP	El conocimiento de las mujeres entrevistadas sobre a quienes esta indicado el examen de PAP.	Referencia de a que mujeres se le toma el PAP	Todas las mujeres Mujeres en riesgo Mujeres mayores Otras No sabe
Periodicidad del PAP	Referencia de parte de la entrevistada sobre cada cuanto tiempo se realizan el examen.	Referencia sobre cada cuanto tiempo se debe realizar el PAP	Cada 6 meses Cada año Cada 2 años Depende de resultado No sabe
Condiciones para toma de PAP	Condiciones referidas por la entrevistada en relación a como debe ir preparada para realizarse el examen.	Requisitos referidos por la entrevistada para poder realizarse un PAP	Bueno No tener relaciones, no menstruación, no duchas, no óvulos Regular Respuesta Incompleta Malo No sabe

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Fuente de Información sobre PAP	Persona o lugar de donde obtuvo la información sobre el papanicolaou.	Referencia de la mujeres sobre donde escuchó del PAP	Hospital Centro de salud Amigos Vecino Medios de comunicación Brigadistas Parteras Otros
Aceptación a hacerse PAP	Aprobación o no de realizarse el examen de PAP por parte de la entrevistada.	Respuesta referida sobre la mujer sobre la aceptación a realizarse un PAP	Si no
Preferencia a quien le haga el PAP	Elección del género que prefiere le realice el PAP.	Género referido por la paciente que prefiere le realice el examen	Hombre Mujer cualquiera
Consentimiento previo para hacer el PAP	Autorización o permiso a la pareja para realizarse el examen.	Referencia de la paciente sobre necesidad de consentimiento o no del cónyuge	Si no
Opinión de la pareja a la realización del PAP	Punto de vista de la pareja ante la realización del examen de PAP.	Respuesta referida sobre la paciente sobre la opinión del cónyuge	Motiva a que se examine Indiferente Se opone
Se ha realizado PAP	Si se han realizado alguna vez este examen las mujeres.	Respuesta referida por la mujer	Si no
Tiempo transcurrido desde la toma del ultimo PAP	Hace cuanto tiempo fue la vez que se realizó el papanicolaou.	Respuesta referida por la entrevistada	Menos de un año de 1 a 3 años Mas de 3 años No Recuerda
Donde se lo realizo	Lugar donde se realizó el papanicolaou anterior.	Información referida por la paciente	Hospital Centro de salud Ixchen AMNLAE Otros.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR/ESCALA
Circunstancia en que se hizo el PAP	Bajo que circunstancia se hizo el examen de PAP.	Información referida por la mujer	Cuando llego a CPN Cuando llego a PF Por indicación de médico Solicitándolo
Obtención del resultado del examen de PAP realizado.	Referencia de si le entregaron o le dijeron el resultado de PAP realizado.	Respuesta referida por la entrevistada	Si No
Tiempo transcurrido para la obtención del resultado	Tiempo transcurrido desde la realización del examen y la entrega del resultado.	Información referida por la mujer	Menos de un mes Un mes Mas de un mes
Motivos de la no obtención del resultado del examen.	Cuales fueron las razones referidas por la entrevistada ante la no obtención de su resultado.	Respuesta referida por la paciente	No lo fue a retirar El Centro de Salud no le entregó el resultado
Razones por las que no se ha realizado un PAP	Motivos o circunstancias referidas por la entrevistada de por que no se ha hecho un PAP.	Razones del por que? referida por la entrevistada	Olvido Vergüenza Distancia Temor Condiciones donde se realiza Desconocimiento del PAP La pareja no lo permite Falta de Ética del personal de Centro de Salud Otras

RESULTADOS

Fueron estudiadas 207 mujeres del Municipio de Kukra Hill, en las cuales obtuvimos los siguientes resultados:

El 21.7% y el 20.3% de las mujeres estudiadas, tenían entre las edades de 20-29 años y de 20-24 años respectivamente, seguidas en un 18% de las de 15-19 años. En relación a la procedencia el 70.5% son del área rural y un 29.5% del área urbana.

Con respecto al estado civil el 51.2% son acompañadas y el 23.3% son solteras, con un 22.7 % correspondiente a mujeres casadas. El 90.8% corresponden al grupo étnico mestizo, el resto a creoles y miskitos. En relación al nivel de escolaridad el 40% tenían escolaridad primaria y el 21.7% eran analfabetas. Respecto a la ocupación el 80.2% son ama de casas. (Cuadro1)

Encontramos que el 57.5% pertenecen a la religión católica y un 21.7% a la evangélica. El 91.3% hablan el idioma español y solo el 6.3% su idioma es el inglés criollo. (Cuadro 2)

Al respecto de la vida sexual y reproductiva de las mujeres encontramos; el 77.3% de las mujeres estudiadas iniciaron su vida sexual activa entre los 14-19 años, seguidos de un 17.9% antes de los 13 años. El 44% de las mujeres han tenido un compañero y un 30% 2 compañeros, el resto entre 3-4 compañeros.

En relación al número de hijos el 48.8% tienen de 1-3 hijos, seguidos del 21.7% entre 4-6 hijos. Con respecto a si planifican o no, el 65.7% planifican y solo el 34,3% no planifican. (Cuadro 3)

El 37.5% utilizan métodos inyectables, un 33.1% píldoras, un 22% son esterilizadas, 4.4% planifican con DIU y 2.9% usan preservativos (Cuadro 4)

Con relación a los conocimientos acerca del examen de papanicolaou encontramos lo siguiente:

Al respecto de la definición de papanicolaou, el 29.5% tenían un buen conocimiento de la definición, 45.4% no saben nada sobre papanicolaou, 19.8% tienen regular conocimiento, 5.3% su conocimiento era malo o errado.

El 52.2% saben que el papanicolaou se realiza en centro de salud y un 35.3% no saben donde se realiza. El 55% refieren que el examen lo realiza un médico y un 27.5% no saben quien lo realiza.

En relación a la pregunta si en el centro de salud les cobran al realizarse el examen del papanicolaou el 47.8% refieren que no se cobra, un 44.4% no saben si tienen que pagar o no y 7.7% refirieron que si se cobra.

El 48.8% de las mujeres estudiadas refieren que el papanicolaou se lo deben de realizar todas las mujeres, seguido de un 43.5% que no saben quienes se lo deben realizar. (Cuadro 5)

Con respecto al intervalo en que creen que se debe de realizar un papanicolaou el 44.4% no saben cada cuanto hay que realizárselo y un 29.5% refieren que cada año. Referente al conocimiento de las mujeres sobre las condiciones para realizarse un papanicolaou, el 70.5% no saben, un 25.1% tiene un conocimiento regular sobre los requisitos y solo el 1.4% su conocimiento en cuanto a los requisitos es bueno. (Cuadro 6)

44.4% obtuvieron la información sobre el papanicolaou en el centro de salud, un 14% por medios de comunicación, 14% por amistades, 13% Otros, Brigadistas 9.7% y Hospital 4.8% (Cuadro7)

Al respecto de las actitudes acerca del examen de papanicolaou encontramos lo siguiente:

Al preguntarles si se realizarían un papanicolaou el 83.6% respondieron que si y un 16.4% que no. En relación a quien prefieren que les realice el examen un 74.9% respondieron que una mujer, 20.8% por cualquiera y 4.3% se lo dejarían realizar por un hombre.

Al preguntarles si tienen que pedirle consentimiento a su pareja para poder realizarse el examen, el 74.9% respondieron que no, un 25.1% que si. El 41.1% refieren que su pareja la motiva a hacerse el PAP, un 37.7% es indiferente y solo el 6.8% se opone a que se lo haga. (Cuadro 8)

En relación a las prácticas acerca del examen de papanicolaou encontramos lo siguiente:

El 50.2% si se habían realizado el papanicolaou alguna vez y un 49.8% nunca se han realizado un PAP. (Cuadro 9)

El 56.7% se lo realizaron hace menos de un año, un 26% de 1-3 años y el 17.3% hace más de 3 años. El 76% se lo realizó en el centro de salud y solo el 24% se lo realizaron en otros lugares. En relación a las circunstancias en que se realizaron el último PAP, el 32.7% fue solicitándolo, el 26.9% por indicación médica con un 22.1% cuando llego a CPN. Al preguntarles si habían recibido el resultado un 62.5% respondieron que si, y el 37.5% que no. (Cuadro 10)

El 47.7% espero más de un mes por el resultado, el 32.3% menos de un mes y el 20% lo recibieron en un mes. (Cuadro 11)

Con respecto al motivo de no obtención de los resultados el 64.1% refirieron que no se los entregaron, un 28.2% no lo fue a retirar y 7.7% fue por otros motivos (realizados recientes). (Cuadro 12)

En relación a los motivos o razones por las que no se han realizado un PAP; el 42.7% refirieron desconocimiento de que es el papanicolaou, un 36.9% por vergüenza, 7.8% por temor, 4.9 la pareja no se lo permite, 3.9% por olvido, 2.9% por la distancia a la Unidad de Salud y 1% Otras causas. (Cuadro 13).

Cuadro 1. Características Generales de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, RAAS. Noviembre del 2006.

VARIABLES	Número	Porcentaje
Edad		
15-19 años	38	18.4%
20-24 años	42	20.3%
25-29 años	45	21.7%
30-34 años	28	13.5%
35-39 años	33	15.9%
40-44 años	7	3.4%
45-49 años	14	6.8%
Procedencia		
Urbano	61	29.5%
Rural	146	70.5%
Estado Civil		
Acompañada	106	51.2%
Casada	47	22.7%
Otros	6	2.9%
Soltera	48	23.2%
Grupo Étnico		
Creoles	14	6.8%
Mestizos	188	90.8%
Mismitos	5	2.4%
Escolaridad		
Alfabeta	27	13.0%
Analfabeta	45	21.7%
Primaria.	83	40.1%
Secundaria	40	19.3%
Técnica	4	1.9%
Universitaria	8	3.9%
Ocupación		
Agricultura	2	1.0%
Ama de casa	166	80.2%
Doméstica	2	1.0%
Estudiante	17	8.2%
Otros	20	9.7%
Total	207	100%

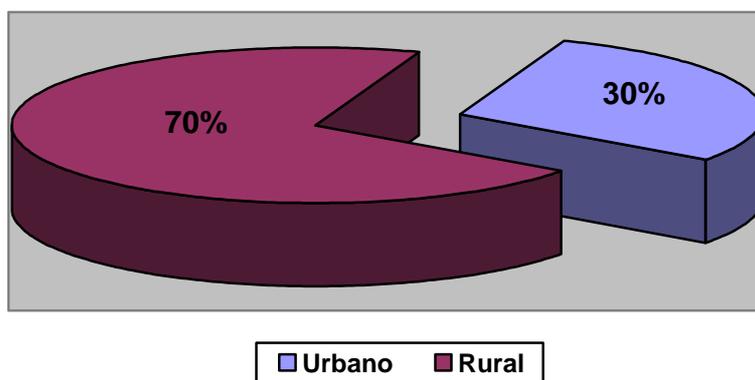
Fuente: Encuesta

Cuadro 2. Características Generales de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, RAAS. Noviembre del 2006.

Variabes	Número	Porcentaje
Religión		
Adventista	8	3.9%
Católica	119	57.5%
Evangélica	45	21.7%
Morava	17	8.2%
Otras	17	8.2%
Testigos de Jehová	1	0.5%
Idioma		
Español	189	91.3%
Ingles Creole	13	6.3%
Mismito	5	2.4%
Total	207	100%

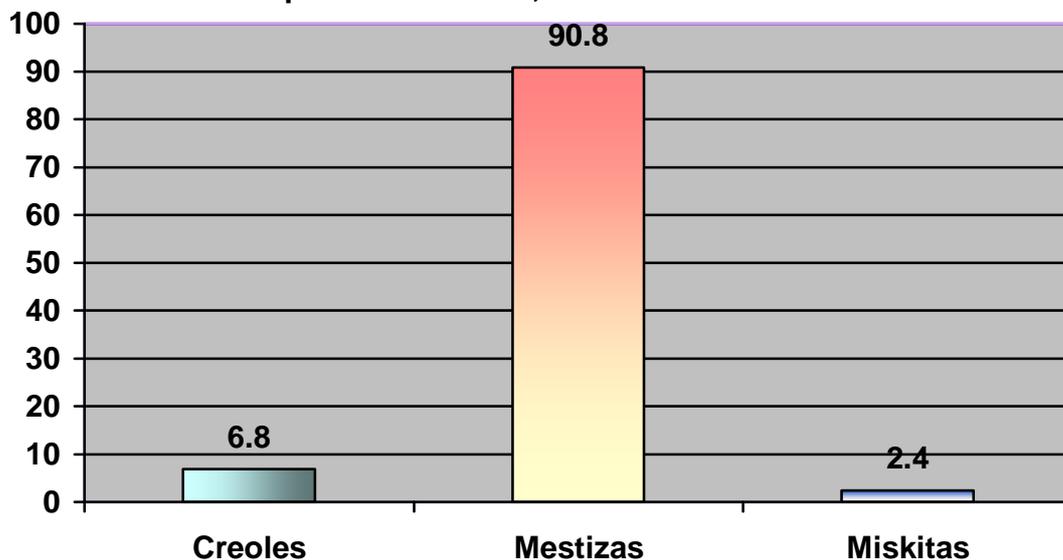
Fuente: Encuesta

**Gráfico 1. Procedencia de las Mujeres.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006**



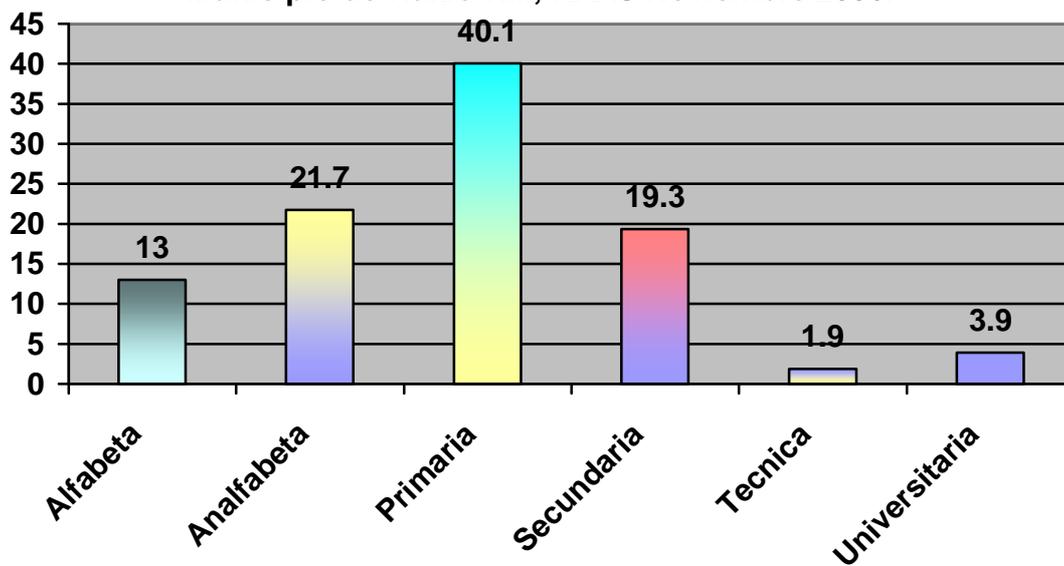
Fuente: Cuadro 1

**Gráfico 2. Grupos Etnicos de las Mujeres.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.**



Fuente: Cuadro 1

**Gráfico 3. Escolaridad de las Mujeres.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.**



Fuente: Cuadro 1

Cuadro 3. Historia Sexual y Reproductiva de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, RAAS. Noviembre 2006.

VARIABLES	Número	Porcentaje
Inicio de la vida sexual activa		
14 - 19 años	160	77.3%
20 - 25 años	8	3.9%
26 - 30 años	2	1.0%
Menos de 13 años	37	17.9%
Compañeros sexuales		
1	91	44.0%
2	62	30.0%
3	26	12.6%
4	28	13.5%
Número de hijos		
1 - 3 hijos	101	48.8%
4 - 6 hijos	45	21.7%
7 - 9 hijos	19	9.2%
10- 12 hijos	8	3.9%
Ninguno	34	16.4%
Planificación familiar		
No	71	34.3%
Si	136	65.7%
Total	207	100.0%

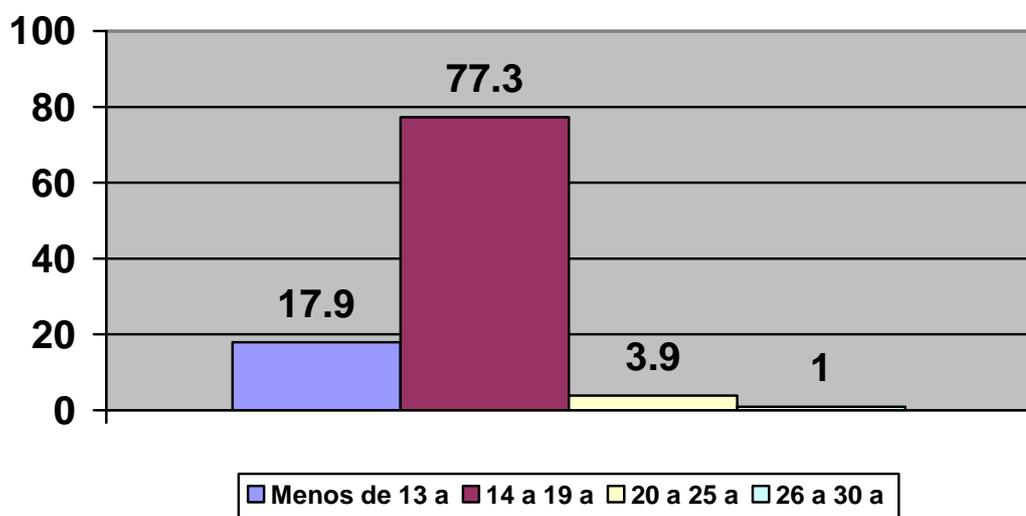
Fuente: Encuesta

Cuadro 4. Historia Sexual y Reproductiva de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, RAAS. Noviembre 2006.

VARIABLES	Número	Porcentaje
Tipo de Métodos		
DIU	6	4.4%
Esterilización	30	22.1%
Inyectables	51	37.5%
Píldoras	45	33.1%
Preservativo	4	2.9%
Total	136	100.0%

Fuente: Encuesta

**Gráfico 4. Inicio de la Vida Sexual Activa de las Mujeres.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.**



Fuente: Cuadro 3

Cuadro 5. Conocimientos sobre el Papanicolaou de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, Noviembre 2006.

Variables	Número	Porcentaje
Definición		
Bueno	61	29.5%
Malo	11	5.3%
No sabe	94	45.4%
Regular	41	19.8%
Sabe donde se realiza		
BMM	3	1.4%
Centro de salud	108	52.2%
Hospital	7	3.4%
No sabe	73	35.3%
Otros	9	4.3%
Puesto de salud	7	3.4%
Sabe quien lo realiza		
Auxiliar	3	1.4%
Enfermera	33	15.9%
Medico	114	55.1%
No sabe	57	27.5%
Costo		
No sabe	92	44.4%
No se cobra	99	47.8%
Si se cobra	16	7.7%
Sabe quien se lo debe realizar		
Mujeres en riesgo	13	6.3%
Mujeres mayores	2	1.0%
No sabe	90	43.5%
Otras	1	0.5%
Todas las mujeres	101	48.8%
Total	207	100.0%

Fuente: Encuesta

Cuadro 6. Conocimientos sobre el Papanicolaou de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, RAAS. Noviembre 2006.

Variabes	Número	Porcentaje
Cada cuanto tiempo se lo debe realizar		
Cada 2 año	6	2.9%
Cada 6 meses	41	19.8%
Cada año	61	29.5%
Depende de resultados	7	3.4%
No sabe	92	44.4%
Condiciones para poder realizárselo		
Bueno	3	1.4%
Malo	6	2.9%
No sabe	146	70.5%
Regular	52	25.1%
Total	207	100%

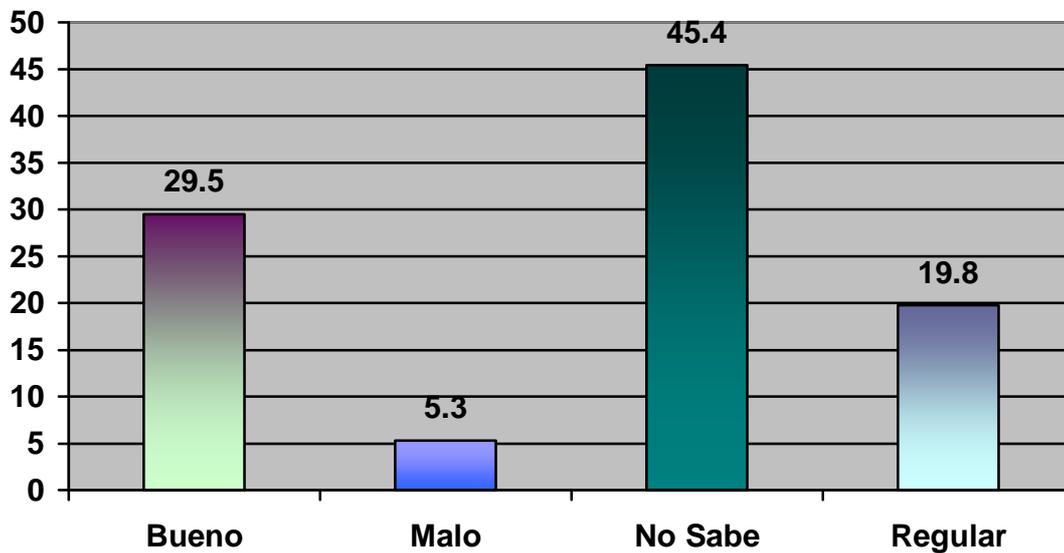
Fuente: Encuesta

Cuadro 7. Conocimientos sobre el Papanicolaou de las Mujeres del Municipio de Kukra Hill, RAAS. Noviembre 2006.

Variabes	Número	Porcentaje
Lugar donde obtuvo información		
Amigos	43	14.0%
Brigadistas	30	9.7%
Centro de Salud	138	44.4%
Hospital	15	4.8%
Medios	43	14.0%
Otros	40	13.0%

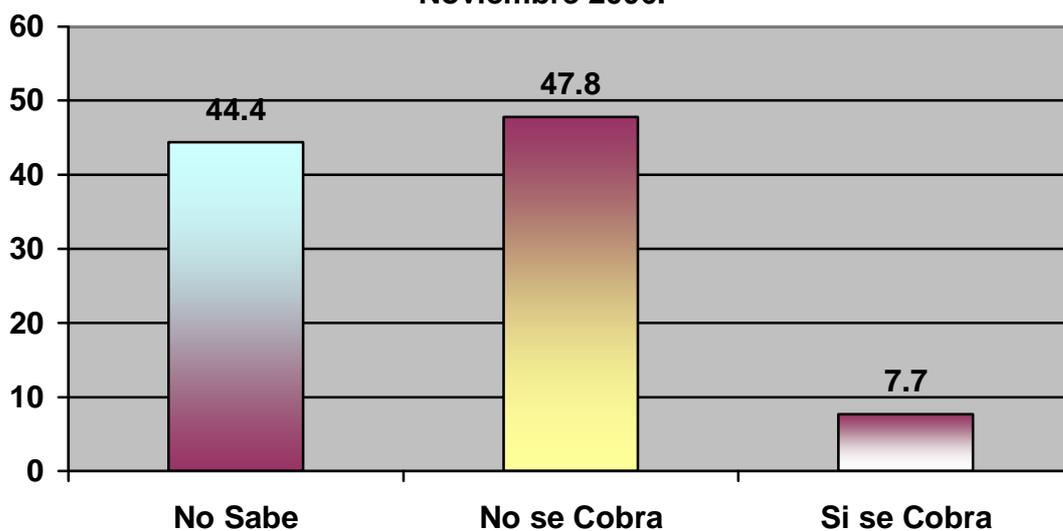
Fuente: Encuesta

**Gráfico 5. Conocimiento de la Definición de PAP.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.**



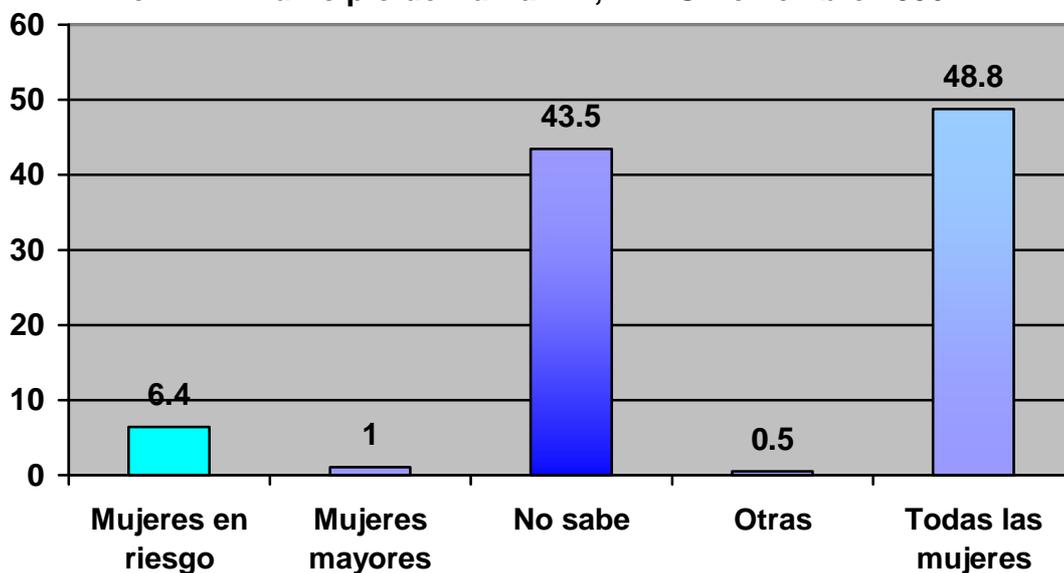
Fuente: Cuadro 5

**Gráfico 6. Conocimiento del Cobro del Papanicolao en la
Unidad de Salud. Municipio de Kukra Hill, RAAS
Noviembre 2006.**



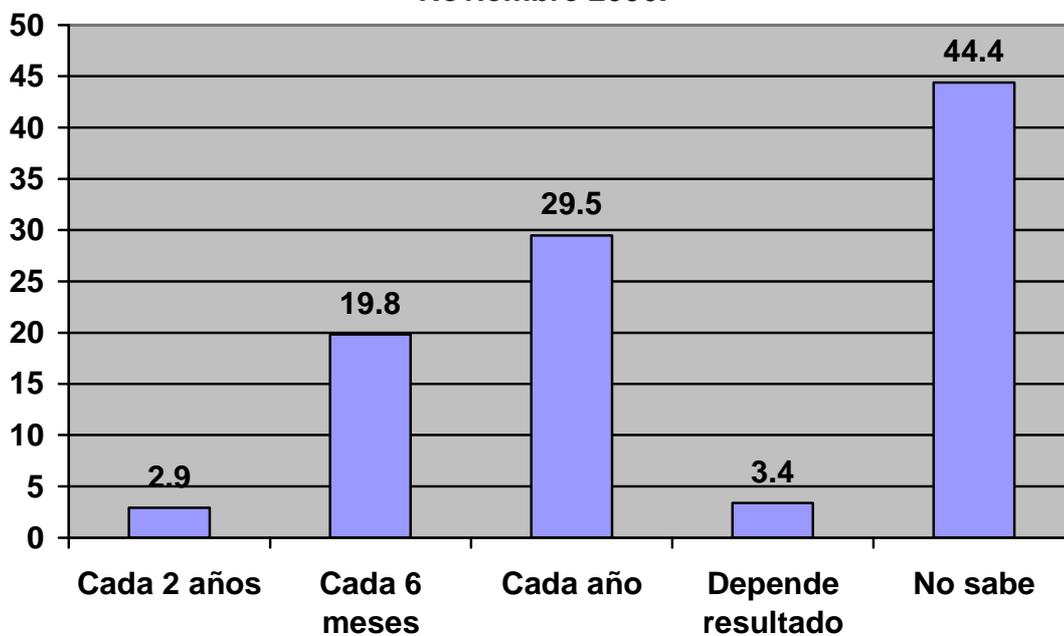
Fuente: Cuadro 5

Gráfico 7. Conocimiento sobre quienes se deben realizar el PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



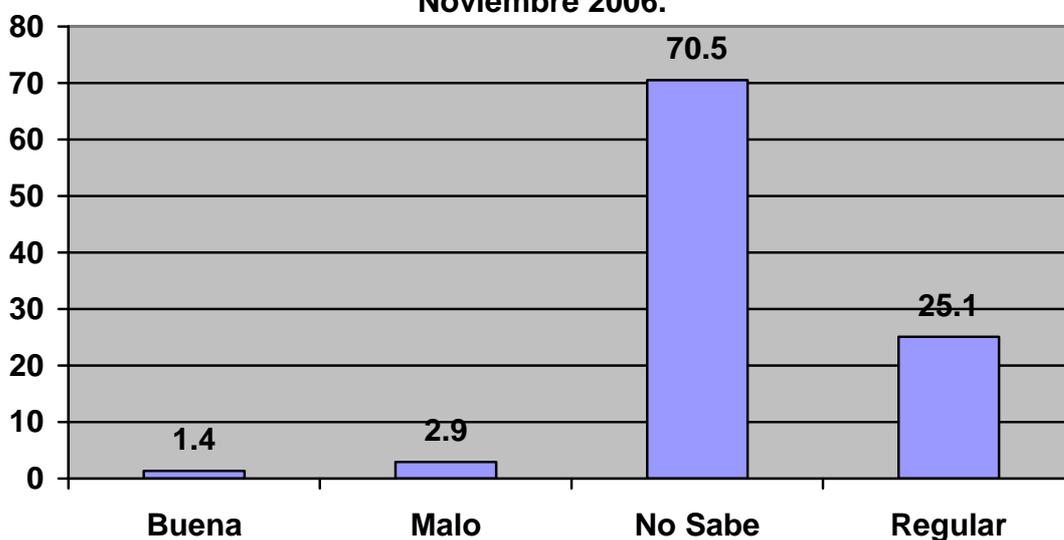
Fuente: Cuadro 5

Gráfico 8. Conocimiento sobre el Intervalo de Tiempo de realización del PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



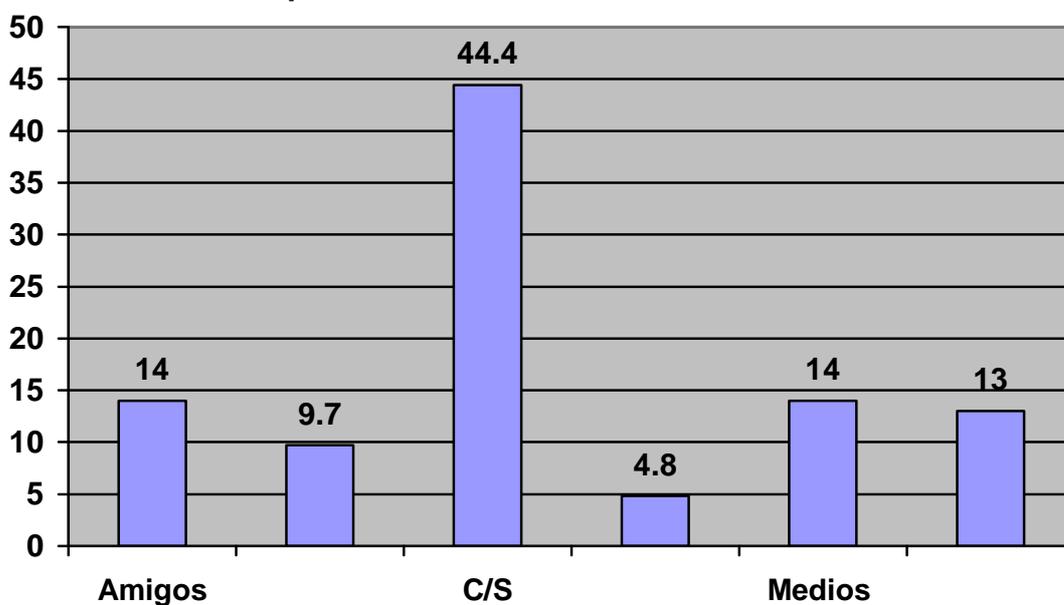
Fuente: Cuadro 6

Gráfico 9. Conocimiento sobre las Condiciones para la realización del PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



Fuente: Cuadro 6

Gráfico 10. Fuente de información sobre los conocimientos adquiridos en relación al PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



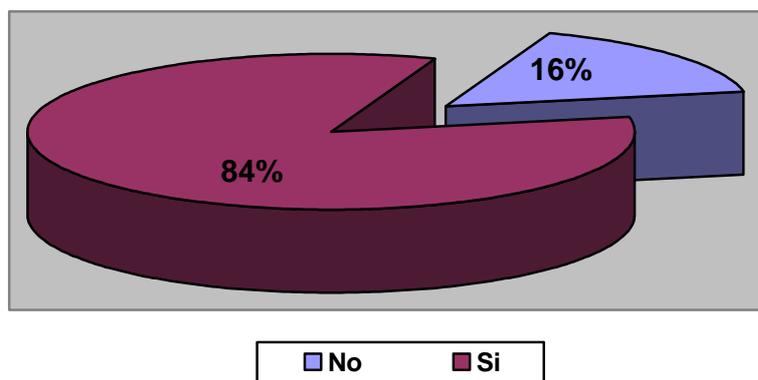
Fuente: Cuadro 7

Cuadro 8. Actitud sobre el papanicolaou de las mujeres del municipio de Kukra Hill noviembre 2006.

Variabes	Número	Porcentaje
Se realizaría un PAP		
No	34	16.4%
Si	173	83.6%
Quien prefiere que le realiza el PAP		
Cualquiera	43	20.8%
Hombre	9	4.3%
Mujer	155	74.9%
Consentimiento de pareja		
No	155	74.9%
Si	52	25.1%
Opinión de la pareja		
Es indiferente	78	37.7%
La motiva	85	41.1%
Se opone	30	14.5%
Otros	14	6.8%
Total	207	100%

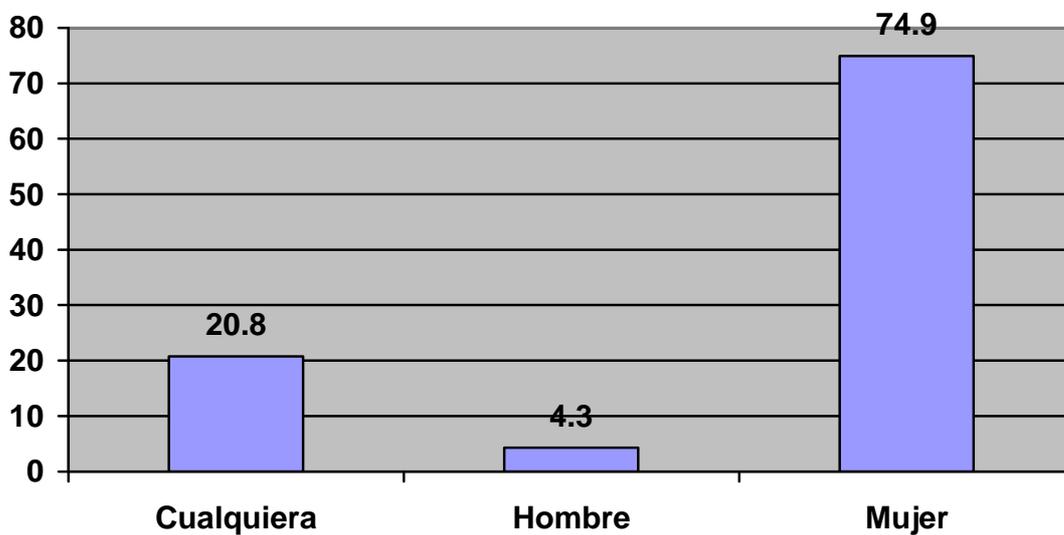
Fuente: Encuesta

Gráfico 11. Actitud de las Mujeres con relación a si se realizarían un PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006



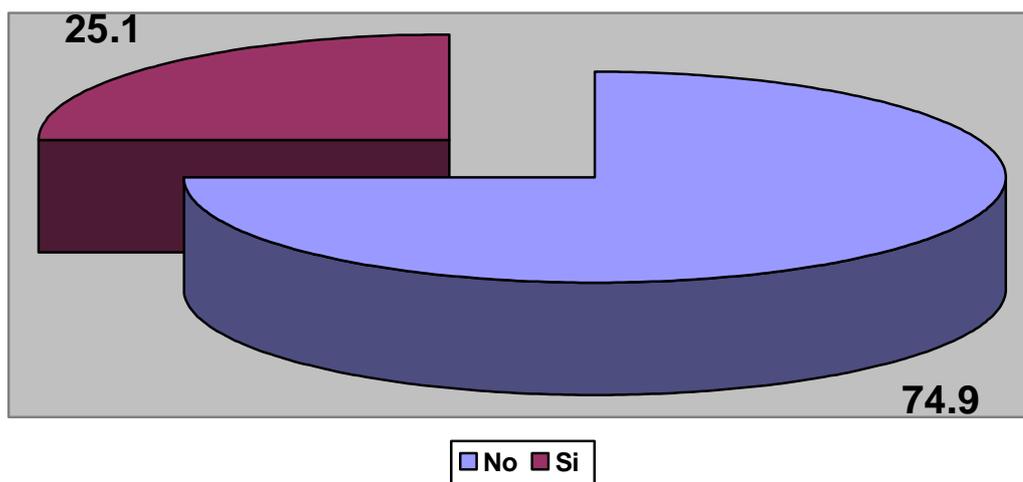
Fuente: Cuadro 8

**Gráfico 12. Preferencia de sexo para la realización del examen de PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS
Noviembre 2006.**



Fuente: Cuadro 8

**Gráfico 13. Necesidad de consentimiento del conyuge para realizarse el PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS
Noviembre 2006.**



Fuente: Cuadro 8

Cuadro 9. Prácticas sobre Papanicolaou de las mujeres del municipio de Kukra Hill, RAAS noviembre 2006

Variable	Número	Porcentaje
Se ha realizado un PAP		
No	103	49.8%
Si	104	50.2%
Total	207	100.0%

Fuente: Encuesta.

Cuadro 10. Prácticas sobre Papanicolaou de las mujeres del municipio de Kukra Hill, RAAS noviembre 2006

Variable	Número	Porcentaje
Cuanto tiempo hace del ultimo PAP		
De 1 a 3 años	27	26.0%
Mas de 3 años	18	17.3%
Menos de 1 año	59	56.7%
Lugar donde se lo realizo la ultima vez		
Centro de Salud	79	76.0%
Otros	25	24.0%
Circunstancias en que se realizo el PAP		
Indicación médica	28	26.9%
Llegó a CPN	23	22.1%
Llegó a PF	18	17.3%
Otros	1	1.0%
Solicitándolo	34	32.7%
Obtención de resultado		
No	39	37.5%
Si	65	62.5%
Total	104	100.0%

Fuente: Encuesta.

Cuadro 11. Prácticas sobre Papanicolaou de las mujeres del municipio de Kukra Hill, RAAS noviembre 2006

Variable	Número	Porcentaje
Tiempo de espera del resultado		
Mas de 1 mes	31	47.7%
Menos de 1 mes	21	32.3%
1 mes	13	20%
Total	65	100.0%

Fuente: Encuesta.

Cuadro 12. Prácticas sobre Papanicolaou de las mujeres del municipio de Kukra Hill, RAAS noviembre 2006

Variable	Número	Porcentaje
Razones de la no obtención de resultado		
No lo retiro	11	28.2%
No se lo entregaron	25	64.1%
Otros	3	7.7%
Total	39	100.0%

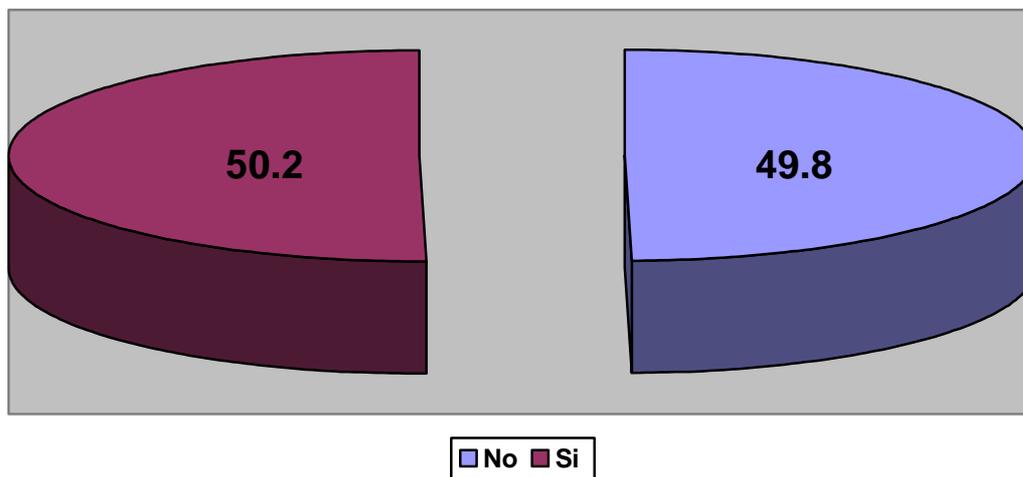
Fuente: Encuesta.

Cuadro 13. Prácticas sobre Papanicolaou de las mujeres del municipio de Kukra Hill, RAAS noviembre 2006

Variable	Número	Porcentaje
Razones de no realización del PAP		
Desconocimiento	44	42.7%
Distancia a la unidad salud	3	2.9%
La pareja no lo permite	5	4.9%
Olvido	4	3.9%
Vergüenza	38	36.9%
Temor	8	7.8%
Otras	1	1%
Total	103	100.0%

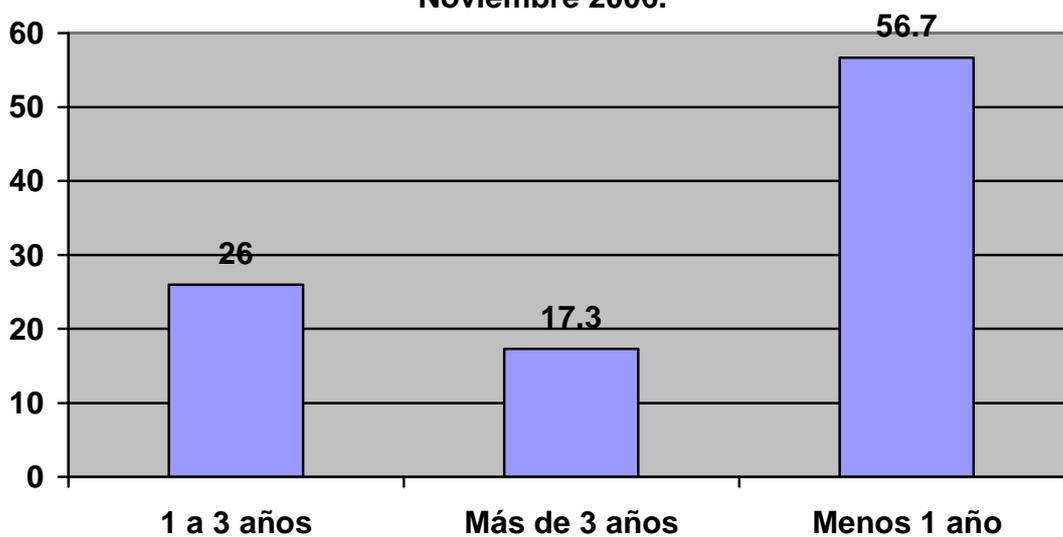
Fuente: Encuesta.

**Gráfico 14. Mujeres que se han realizado el PAP.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.**



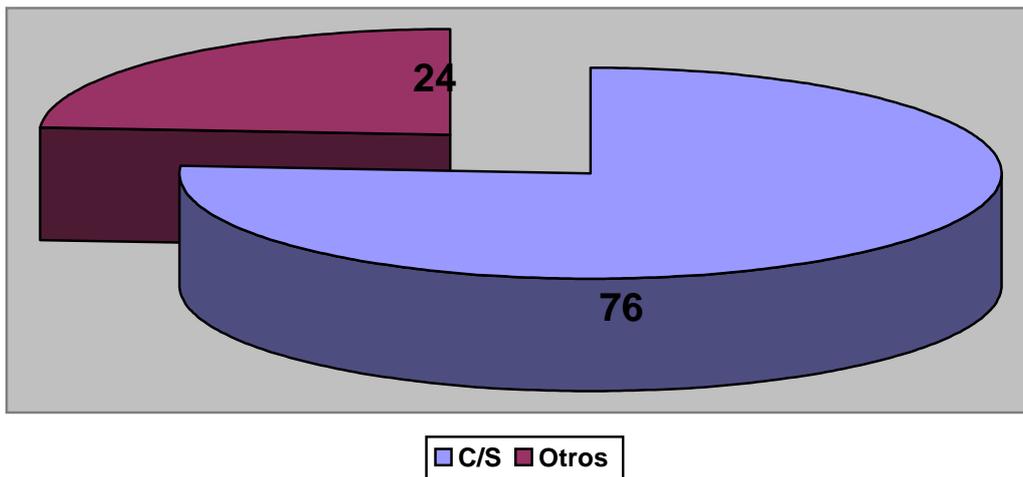
Fuente: Cuadro 9

Gráfico 15. Tiempo transcurrido desde el ultimo PAP realizado por las mujeres. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



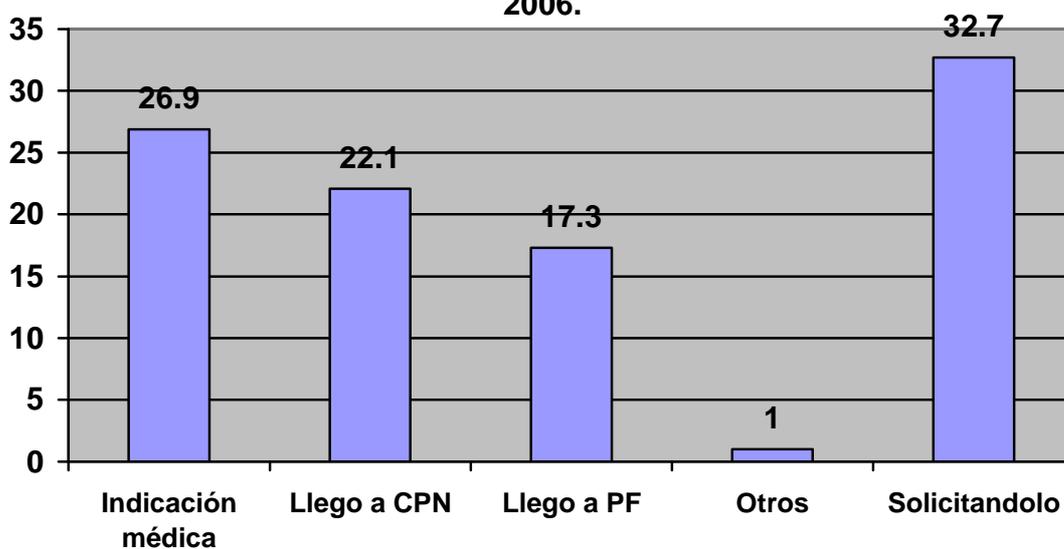
Fuente: Cuadro 10

**Gráfico 16. Lugar donde se realizaron el ultimo PAP.
Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.**



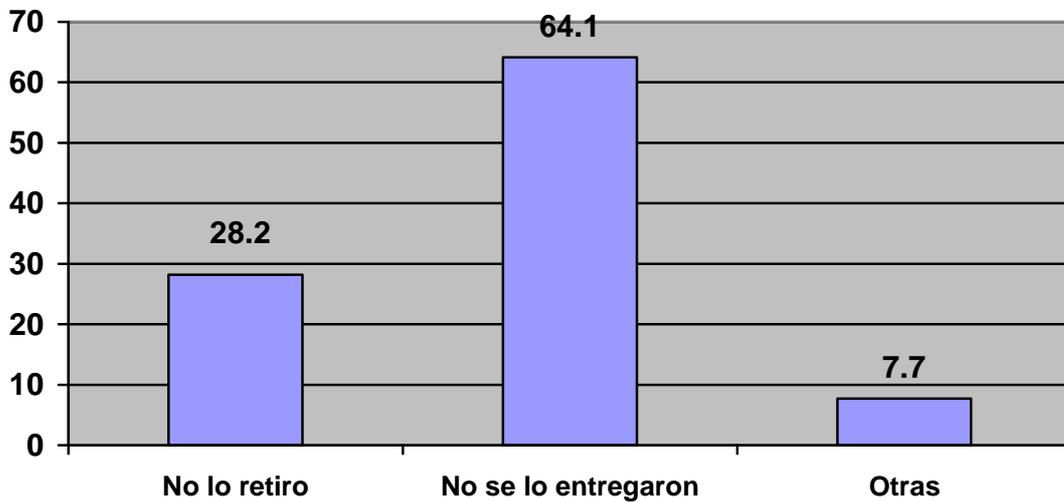
Fuente: Cuadro 10

Gráfico 17. Circunstancias por las que se realizaron el último PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



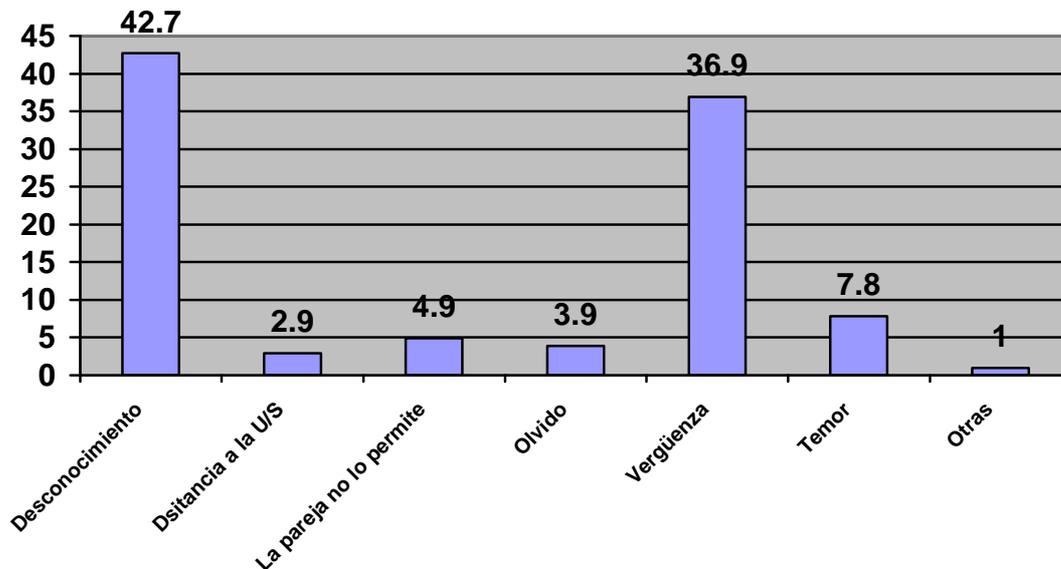
Fuente: Cuadro 10

Gráfico 18. Razones de la no obtencion de resultados del último PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



Fuente: Cuadro 12

Gráfico 19. Razones por las que no se han realizado el PAP. Municipio de Kukra Hill, RAAS Noviembre 2006.



Fuente: Cuadro 13

DISCUSIÓN

En el presente estudio los resultados en relación a las características generales de las mujeres estudiadas tenemos que las edades que prevalecieron fueron eminentemente jóvenes; menores de 19 años, de 20-29 años y adultas 30 a 39 años. Procedencia área rural, estado civil acompañada, grupo étnico predominante es el mestizo, escolaridad primaria y analfabeta, la mayoría tenían ocupación ama de casa, de religión católica y el idioma que hablan y entienden es el español, lo anterior se corresponde con los últimos datos sobre las características de la población de Nicaragua y RAAS **Endesa 2001** y el **Informe de Desarrollo Humano de la RAAS 2005**.

En cuanto a las características sexuales y reproductivas tenemos que las mujeres presentan un inicio de vida sexual activa temprana menos de 13 años y entre 14 a 19 años el mayor porcentaje, similar a lo referido por **Endesa 2001** RAAS 16.8 Edad mediana a la primera relación sexual entre las mujeres de 20 a 49 años siendo un factor de riesgo para padecer de Cáncer Cervico Uterino según lo evidenciado en la literatura medica.

La mayoría de las mujeres tenían solo un compañero de vida seguida de las de 2 compañeros lo que coincide con un **estudio realizado en el HEODRA Abril 1996** Conocimientos y Actitudes en relación al papanicolaou encontrándose que la mayoría tenían de 1 a 2 compañeros de vida.

La mayoría de las mujeres encuestadas tiene de 1 a 3 hijos seguido de 4 a 6 hijos teniendo similitud a la fecundidad y paridez de las mujeres de la RAAS tasa global de fecundidad de 4.4 más alto solo superado por Jinotega y RAAN con 5.3 **Endesa 2001**.

Las mujeres del presente estudio planifican en su gran mayoría 65.7% siendo los métodos en orden de preferencia inyección, píldoras y esterilización correlacionándose con los datos de **Endesa 2001** en cuanto al uso actual de métodos anticonceptivos en la mujeres de la RAAS resultando un 61% siendo los métodos modernos más usados las inyectables, esterilización y píldoras anticonceptivas.

En su mayoría el 45.4% de las mujeres encuestadas no sabían que es el papanicolaou y un 29.5% tenían un buen conocimiento del examen de papanicolaou, esto difiere con un estudio realizado en **Siuna-Waspan 1999** Conocimientos Actitudes y Practicas de las Pacientes y el Personal de Salud en relación al Papanicolaou encontrándose que solo un 8% tenían buen conocimiento acerca de este examen.

Al preguntarles donde y quien realiza el papanicolaou, la mayoría sabe que se realiza en el centro de salud y que es realizado por el médico, sin embargo un porcentaje significativo no sabe donde se realiza ni quien lo realiza. Lo anterior se debe a que en este Municipio y por lo general en la RAAS el Ministerio de Salud es el mayor proveedor de este tipo de servicios lo que no implica que exista una adecuada promoción del mismo.

La Constitución Política de Nicaragua y la Ley General de Salud 423 garantizan el trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud, al respecto la mayoría de las mujeres refirieron que este examen no se cobra, sin embargo un pequeño porcentaje refirió que si se cobra contradiciendo el marco legal vigente y las políticas del Ministerio de Salud.

Las mujeres incluidas en nuestro estudio en su mayoría generalizan la toma de papanicolaou desconociendo el grupo específico al que esta dirigido dicho examen y otro porcentaje desconoce en su totalidad quien se lo debe realizar, esto se debe a

la poca promoción que ha habido en relación a este examen y la importancia de hacérselo. **Endesa 2001** evidenció que existen barreras para que la población pueda acceder a los servicios que brinda las instituciones del sector público, siendo uno de los factores la falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud, no desarrollándose una cultura efectiva de promoción.

Las mujeres encuestadas en su mayoría 44.4% desconocen cual es el intervalo adecuado de la toma del papanicolaou, lo que significa que ha habido poca promoción en relación a este examen y el intervalo adecuado de la toma. Un 29.5% respondieron que se lo deben realizar cada año lo que corresponde un poco con lo establecido en la **Norma Nacionales de Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino**. La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última).

Nuestras mujeres estudiadas refirieron desconocer las condiciones para la adecuada toma del papanicolaou en su mayor porcentaje, lo que refuerza la poca información y educación en relación a este examen y las precondiciones que deben existir para su toma.

Las principales fuentes de información de adquisición de conocimientos en relación al papanicolaou fueron: Centro de Salud, Medios de Comunicación, Amistades, Brigadistas, Hospital y Otros similar a varios estudios realizados sobre **Conocimientos y Prácticas relativa al Papanicolaou Subtiava León 2001. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la población sobre Prevención y Atención al VIH/SIDA RAAS, Abril 2004.**

Al preguntarles a las mujeres si se realizarían un PAP el 83% respondieron que si, y con un 74.9% prefieren que se los realice una mujer, con esto nos damos cuenta que aunque el conocimiento es poco las mujeres quieren realizárselo, lo que indica buena actitud ante el PAP, aunque falta de conocimiento.

Al respecto del consentimiento de la pareja para realizarse el papanicolaou la mayoría de las mujeres externaron que no necesitan dicha aprobación, así mismo al preguntarles la opinión de la pareja para realizarse este examen un alto porcentaje contestaron que su pareja la motiva lo que influiría en una actitud positiva a hacerse el examen lo que se correlaciona con **Endesa 2001** con respecto a la participación de la mujer en el cuidado de su salud encontró que un 85.6% estas tienen la última palabra y con relación a la actitud de las parejas sobre la planificación familiar 76.2% aprueban.

La mitad porcentual de las mujeres de nuestro estudio si se habían realizado el examen de papanicolaou lo que contradice los registros manejados por el programa que arrojan una cobertura de 3.9% con relación a sus Mujeres en Edad Fértil kukra Hill, año 2005, esto tiene su explicación en las indefiniciones estadísticas para este indicador de salud.

La mayoría de las mujeres se realizaron el examen de papanicolaou hacia menos de un año, 26% de 1 a 3 años y 17.3% hacia más de tres años, lo que refleja una práctica aun no satisfactoria dada la importancia en la frecuencia de realización de dicho examen según las **Norma Nacionales de Prevención y Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino**.

En lo que respecta donde se realizó el último papanicolaou las mujeres en su mayoría refirieron en el Centro de Salud y las circunstancias en la que se lo realizaron fueron: solicitud espontánea, por indicación médica y por consulta a atención al embarazo. Lo anterior se debe a que en este Municipio no existen otros proveedores de este tipo de servicios.

Las mujeres estudiadas que se realizaron el examen de papanicolaou en su mayoría obtuvieron el resultado, siendo el lapso de entrega más de un mes, lo que contradice lo normado que se debe entregar en menos de un mes, lo anterior se debe a la falta

de patólogo en la región y a la poca gestión y preocupación del funcionamiento del programa.

En relación a los motivos o causas de la no obtención del resultado tenemos; la no entrega por parte del Centro de Salud, no retirado por la usuaria y por otras causas (realización reciente al levantamiento de la encuesta), consideramos que esto se debe a problemas existentes en la toma, transporte, lectura y envío resultados lo igual obedece a la falta de patólogo en la región y a la poca gestión y preocupación del funcionamiento del programa.

Las razones o motivos externados por las mujeres del por que no se han realizado el papanicolaou son: desconocimiento, vergüenza, temor, la pareja no lo permite, olvido, distancia a la unidad de salud, otras causas. **Endesa 2001** evidencio que existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios de salud, influyendo factores; geográficos, económicos, culturales e incluso falta de información, no permitiendo el desarrollo de una cultura efectiva de promoción, prevención y previsión de los problemas de salud.

CONCLUSIONES

- Las mujeres de nuestro estudio son de predominio jóvenes, con escolaridad primaria, procedencia rural, estado civil acompañado, de grupo étnico mestizo, amas de casa, religión católica, hablan y entienden el idioma español en su mayoría.
- En las características sexual y reproductiva, la mayoría de las mujeres iniciaron su vida sexual activa temprana, tienen entre 1-2 compañeros, de 1-3 hijos y la mayoría planifican, los métodos que más utilizan son inyectables, píldoras y esterilización.
- Casi todas de las mujeres estudiadas no tienen conocimientos sobre la definición del papanicolaou, intervalos del examen ni condiciones para realizárselo.
- La mayor parte de las mujeres de nuestro estudio saben que en el centro de salud no se cobra la realización del examen, aunque hay un pequeño grupo que refirieron que si se cobra.
- Las mujeres estudiadas saben que el papanicolaou se realiza en el centro de salud y es realizado por un medico.
- La mayoría de las mujeres desconocen el grupo específico al que está dirigido el examen de papanicolaou.
- Las principales fuentes de información a cerca del examen de papanicolaou fueron el centro de salud, medios de comunicación y amistades.

- La mayoría de las mujeres tienen una buena actitud ante la realización de este examen, prefieren que se los realice una mujer. El consentimiento de la pareja no es relevante y el compañero las motiva a realizárselo.
- Un poco más de la mitad de las mujeres estudiadas se habían realizado un papanicolaou alguna vez en su vida, por solicitud espontánea y por indicación médica, siendo los intervalos de tiempo hace menos de un año y más de 3 años.
- El lugar donde la mayor parte de las mujeres se realizaron el examen fue en el centro de salud, obteniendo los resultados en su mayoría y en un lapso mayor de un mes. Las que no obtuvieron resultados fue por que no se lo entregaron o no lo retiraron.
- Las restantes mujeres que no se hicieron el papanicolaou fue por desconocimiento del mismo, vergüenza, temor, distancia a la unidad de salud, la pareja no se lo permitió, etc.

RECOMENDACIONES

- 1- Diseñar una estrategia de involucramiento a la pareja y así motivar la realización del papanicolaou y de esta forma ayudar a reducir la mortalidad del cáncer cérvico uterino.
- 2- Garantizar que la persona encargada del programa de la detección oportuna del cáncer y que realice el papanicolaou en el municipio de Kukra Hill sea una mujer.
- 3- Buscar alternativas de solución para la agilización de la toma y el flujo de muestra del papanicolaou y así evitar la pérdida de la muestra y el retraso en la entrega de los resultados, consideramos que la solución es contratar los servicios de un patólogo en bluefields.
- 4- Elaborar e implementar un plan educativo a adolescentes y mujeres jóvenes sobre los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino y la importancia del papanicolaou como instrumento de prevención y detección oportuna de esta patología
- 5- Elaborar campañas educativas enfocadas principalmente en la importancia del papanicolaou, el intervalo con que se lo deben realizar, quienes se lo deben de realizar y las condiciones que deben cumplir las mujeres para poder realizárselo
- 6- Diseñar e Implementar un Plan de Capacitación al personal de salud que trabaja en el centro de salud para dar y transmitir mejor información a la población sobre la importancia del papanicolaou.

BIBLIOGRAFIA

1. Luciani, C, Winkler, J. Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterino. Washington. PAHO: 2005. <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC>.
2. Rojas, Ofelia, Registros de Cáncer IN SITU e Invasor diagnosticadas en el departamento de patología del Hospital Escuela Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, Nicaragua 2001- 2005.
3. Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Prevención, Detección y Atención del cáncer cervico uterino. Managua Nicaragua, Noviembre del 2005
4. Esquivel José Folleto de cáncer cervico uterino. León Nicaragua, 1999
5. Cajina, claudia y fajardo, Juana María Papanicolau, cuanto saben nuestras mujeres, encuesta en el Hospital Berta Calderón, octubre de 1991.
6. Fonseca O. Luvianca, Fonseca P, Oscar. Cáncer de cuello uterino invasor en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, durante el periodo de 1990 –1994.
7. Fonseca Orozco Maria Antonieta, conocimientos y actitudes en relación al papanicolaou en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua, abril de 1996.
8. Delgado, Jaquelin y García, Claudia Elena. Conocimientos Actitudes y Prácticas de las pacientes y del personal de salud en relación al papanicolaou Siuna-Waspan 1999.
9. Leal Jiménez Antonio Gestión del marketing social. Madrid. 2000.
10. Ministerio de Salud. Normas de Prevención y Atención del cáncer Cervico uterino. Managua, Nicaragua. Enero del 2004.
11. Maria Stopes Conocimientos actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre. Bolivia. Abril, 2004.

12. Acevedo Flores Rosa Emelina, Conocimientos y Prácticas relativas al examen del papanicolaou entre mujeres de 2 comunidades de Subtiava. León Nicaragua, Septiembre del 2001.
13. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud.1990.
14. Lewis, MerleJ. Análisis de la situación del cáncer Cerviño uterino en América latina y el caribe. Washington, DC, OPS: 2004. <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/pcc-ccsitelac.pdf>.
15. Asamblea Nacional de Nicaragua. Constitución Política de Nicaragua, Hispamer edición actualizada- Managua, Nicaragua 2006.
16. Ministerio de Salud (MINSa), Política Nacional de Salud 2004-2015. Litografía Nicaragüense LITONIC, Managua Mayo 2004.
17. Asamblea Nacional de la Republica de Nicaragua, Ley General de Salud, BNS 2003.
18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) y Ministerio de Salud (MINSa) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Artes Graficas IMPIMATUR Octubre 2002.
19. Ministerio de Salud SILAIS-RAAS. Registros Sistema de Información de Estadísticas Vitales 1997-2005.

ANEXOS

**EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU EN KUKRA HILL:
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS, NOVIEMBRE 2006.**

- ♣ Su participación es totalmente voluntaria.
- ♣ Usted puede detener la entrevista por cualquier causa.
- ♣ La presente entrevista no interferirá con la atención que usted requiera en este momento o en el futuro.

Entrevista N°: _____

Fecha: _____

ASPECTOS GENERALES:

1- Cuántos años cumplidos tiene?

2- Procedencia: _____

Urbana ____ Rural ____

3- Estado civil

Casada

Acompañada

Soltera

Otros

Especifique _____

4- Grupos étnicos

Mestizo

Creoles

Miskitos

Otros

Especifique _____

5 ¿Cuál fue el último grado o año que aprobó?

Alfabeto	0
Analfabeta	1
Primaria	2
Secundaria	3
Técnica	4
Universitaria	5

6- Ocupación

7- Religión

Católica
Evangélica
Adventista
Morava
Testigo de Jehová
Otra

Especifique _____

8- Idioma (habla, entiende, escribe, se comunica)

Español
Ingles criollo
Miskito
Otro

Especifique _____

Historia Sexual Reproductiva

1. A que edad tuvo su primera relación sexual?

Menos de 13 _____
14- 19 años _____
20 – 25 años _____
26 – 30 años _____
Más de 30 años _____

2. Cuantos compañeros sexuales usted ha tenido?

1 compañeros _____
2 compañeros _____
3 compañeros _____
4 compañeros _____

3. Cuantos hijos ha tenido?

Ninguno. _____
1 - 3 hijos. _____
4 - 6 hijos. _____
7 - 9 hijos. _____
10 -12 hijos. _____

4. Planifica? Con que planifica?

Si _____ No _____

Preservativo. _____
Píldoras. _____
DIU. _____
Esterilización. _____
Inyectables _____

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES:

1- ¿Qué es el Papanicolaou?

2- ¿Sabe usted dónde se realiza el Papanicolaou?

3- Cree usted es importante realizarse un Papanicolaou?

Si
No

4- ¿Sabe usted quien realiza el Papanicolaou?

5- ¿sabe cuanto cobran en el centro de salud para realizarse el PAP?

6- ¿Sabe quién se debe realizar el papanicolaou?

7- ¿Cada cuanto tiempo debe de realizarse el Papanicolaou?

Cantidad en meses o años _____

8- ¿Sabe cuales son las condiciones que debe cumplir una mujer para poder realizarse el Papanicolaou?

9- En donde escucho información sobre el Papanicolaou?

- a. Hospital
- b. Centro de salud
- c. Amigos
- d. Escuela
- e. Medios de comunicación
- f. Brigadistas o parteras
- g. Otros _____

10- ¿Se realizaría un Papanicolaou?

Si
No

11- ¿Quién prefiere usted que le realice el Papanicolaou?

Hombre
Mujer
Cualquiera

12- ¿Tiene usted que pedirle consentimiento a su pareja para realizarse este examen?

Si
No

13. Que opina su marido de que usted se haga este examen?

Leer opciones

- a. La motiva a que se examine _____
- b. Indiferente a que se lo haga o no se lo haga _____
- c. Se opone a que usted se examine _____
- a. Otros

Especificar: _____

PRACTICAS:

1- ¿Alguna vez se ha hecho el Papanicolaou? si la respuesta es “No” pasar a la pregunta 8

Si
No

2- ¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se realizó el papanicolaou?

Hace menos de 1 año
De 1 a 3 años
Más de 3 años

3- ¿Donde se realizo el papanicolaou la última vez?

- a- Hospital
- b- Centro de salud
- c- IXCHEN
- d- AMNLAE
- e- Otros

4- Bajo que circunstancias se realizó el examen la última vez? (leer opciones)

- b. Cuando llego a CPN_____
- c. Cuando llego a PF_____
- d. Por indicación del médico o enfermera_____
- e. Usted llego pidiendo que se lo hicieran_____
- f. Otros

Especificar: _____

5- Cuándo se realizó el PAPS, obtuvo resultado? Si la respuesta es “no” pasar a la pregunta 7.

Si_____

No_____

6- Cuánto tiempo después de realizado el examen le entregaron el resultado

Menos de un mes

Un mes

Más de un mes

7- Porqué no obtuvo resultado?

- a. No lo fue a retirar_____
- b. El centro de salud no le entrego el resultado_____
- c. Otros

Especificar: _____

8- Por qué razones no se ha realizado el PAPS?

- | | | |
|---------------------------------|---------|---------|
| a. Olvido | Si_____ | No_____ |
| b. Vergüenza | Si_____ | No_____ |
| c. Distancia | Si_____ | No_____ |
| d. Temor | Si_____ | No_____ |
| e. Condiciones donde se realiza | Si_____ | No_____ |
| f. Desconocimiento del PAPS | Si_____ | No_____ |
| g. La pareja no lo permite | Si_____ | No_____ |
| h. Falta de ética del P/S | Si_____ | No_____ |
| i. Otras. Especificar: | _____ | |

Nombres y Apellidos

Entrevistador

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN