



Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

PROGRAMA DE LA ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

“Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016”.

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria

Autora: Md. Karla Estefania Jiménez Coronel

Directora: Dra. Cleyne Rodríguez Pardo, Esp.

Loja – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo, Esp.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado, orientado, revisado y discutido, en todas las fases de implementación del proyecto de tesis intitulado: **“Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016.”**, de la autoría de la MD. Karla Estefania Jiménez Coronel, la misma que cumple a satisfacción con los requisitos tipificados en el Reglamento de Régimen Académico, en el fondo y forma, exigidos por la Institución para continuar con los procesos que conlleva la graduación de postgrado, por tal motivo autorizamos su presentación para la defensa y aprobación respectiva.

Loja, 19 de diciembre de 2016



Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo
1756652564

Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, KARLA ESTEFANIA JIMENEZ CORONEL declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

AUTORA: Karla Estefania Jiménez Coronel



FIRMA:

CEDULA: 110307540-2

FECHA: 10 de febrero de 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Estefania Jiménez Coronel, declaro ser autora de la tesis titulada: **“Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016.”** , como requisito para optar por el grado de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de ésta autorización, en la ciudad de Loja, a los 10 días del mes de febrero del dos mil diecisiete.



Firma:

Autora: Md. Karla Estefania Jiménez Coronel

Cédula: 1103075402

Dirección: Ciudadela del Médico. Calle Jorge Rodas y S/N

Celular: 0998300037

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis:

Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo.Esp.

Tribunal de Grado:

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo. Esp

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova,

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia

DEDICATORIA

A mi esposo Ramiro y mis hijos Anthony, César, Emiliano, su afecto y amor han sido los detonantes de mi felicidad, mi esfuerzo, mi mayor motivación.

Karla.

AGRADECIMIENTO

Con aprecio, consideración, estima, profundo respeto y reconocimiento sincero por toda la bondad, comprensión, apoyo y gracia brindada a mi persona tanto en mi vida estudiantil como en la realización de este trabajo, agradezco de todo corazón:

- A la Universidad Nacional de Loja, a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, por haberme acogido en su seno y haber fortalecido en mí el amor por el saber, con solvencia y calidad.

- A mi familia por su apoyo, gracias a mi esposo e hijos, por regalarme su tiempo para mi desarrollo profesional.

Al Dr. Daniel Gutiérrez y Dra. Cleyne Rodríguez, amigos y colegas, por su incondicional ayuda y la mejor fuente de estímulo, quienes supieron orientar este trabajo de investigación con sus valiosos conocimientos.

Y, en general, a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su contribución espiritual y generosa a través de información, consejos y continuo incentivo de optimismo que me permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

Karla.

INDICE

	Pág
Caratula	
Certificación	i
Autoría	ii
Carta de autorización	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice General	vi
1. Título.	1
2. Resumen	2
Abstract	3
3. Introducción	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	
4.1.- Tamizaje de detección precoz de cáncer cérvico-uterino.....7	
4.1.1.- Epidemiología: Cáncer cérvico-uterino.....8	
4.1.2.- Técnica de la Toma de Muestra para Citología Cérvico Vaginal....9	
4.1.3.- Sistemas de Clasificación del Tamizaje Cérvico-Uterino.....11	
4.1.4.- Recomendaciones para la Detección del Cáncer Cérvico-Uterino.....12	
4.1.5.- Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer con Respecto al Tamizaje Cérvico- Uterino.....13	
4.1.6.- Prevención primaria.....13	
4.1.7.- Prevención secundaria.....14	
4.2. Barreras de acceso al tamizaje de detección precoz del cáncer cérvico-uterino.....15	
4.2.1.- Barreras sociodemográficas.....15	

4.2.2.- Barreras individuales.....	17
4.2.3.- Barreras culturales.....	19
4.2.4.- Barreras del servicio de salud.....	19
4.3.- Funcionalidad familiar.....	20
4.3.1.-Variables de la funcionalidad familiar.....	21
5. MATERIALES Y MÉTODOS	25
6. RESULTADOS.....	31
- 6.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES INVESTIGADAS	
- Cuadro 1. Distribución de la edad	31
- Cuadro 2. Distribución del estado civil	32
- Cuadro 3. Distribución del nivel de instrucción.....	33
- Cuadro 4. Distribución de la condición de actividad.....	34
- Cuadro 5. Distribución de la religión.....	35
- Cuadro 6. Distribución de la actitud frente al Paptest.....	36
- Cuadro 7. Distribución de la accesibilidad al servicio de salud.....	37
- Cuadro 8. Distribución de la funcionalidad familiar.....	38
- 6.2.-ANÁLISIS INFERENCIAL DEL PROBLEMA INVESTIGADO	
- Cuadro 9. Correlación entre la edad y la realización del tamizaje cérvico-uterino.....	39
- Cuadro 10. Correlación entre el estado civil y la realización del tamizaje cérvico-uterino.....	40
- Cuadro 11. Correlación entre conocimientos del Paptest y la realización del tamizaje cérvico-uterino.....	41
- Cuadro 12. Correlación entre acceso al servicio de salud y la realización del tamizaje cérvico-uterino.....	42
- Cuadro 13. Correlación entre funcionalidad familiar y la realización del tamizaje cérvico-uterino.....	43
7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	44
8. CONCLUSIONES.....	46

9. RECOMENDACIONES.....	47
10. BIBLIOGRAFÍA.....	48
11. ANEXOS.....	54

1. Título

“Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016”.

2. Resumen

El cáncer cérvico-uterino es considerado un problema de salud pública, su identificación precoz aumenta considerablemente la probabilidad de cura. El principal instrumento utilizado en la detección de este tipo de cáncer es el tamizaje cérvico-uterino. El desconocimiento de las barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino y la realización del Paptest ha sido el problema impulsor para la realización del presente trabajo titulado “Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18-64 años. Zumbi, Enero Julio 2016” exponiéndose como objetivo general: Identificar las barreras que influyen en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años residentes de la parroquia Zumbi, como objetivos específicos: (1).Determinar las barreras sociodemográficas, individuales, culturales, del servicio de salud, grado de funcionalidad familiar y la realización del tamizaje cérvico-uterino. (2). Establecer la relación entre las barreras de acceso y la realización del tamizaje cérvico-uterino. (3). Precisar entre las barreras de acceso, cual guarda mayor relación en la realización del tamizaje cérvico-uterino. Se realizó un estudio correlacional causal de corte transversal, en una muestra de 330 mujeres entre 18 y 64 años residentes de los barrios urbanos de la parroquia Zumbi con vida sexual activa, y que no cumplieron con la normativa de realización del tamizaje, mediante la aplicación de un cuestionario individual previamente validado y la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) durante la visita domiciliaria con un grado de significancia al 0.05, concluyéndose que las variables edad adolescente y joven, estado civil soltera, viuda y divorciada, conocimientos inadecuados del Paptest, acceso inadecuado al servicio de salud y la disfunción familiar severa son determinantes en la realización del tamizaje cérvico-uterino.

PALABRAS CLAVES: Tamizaje cérvico-uterino, Cáncer cérvico-uterino, Barreras.

Abstract

Cervical-uterine cancer is considered a public health problem; its early identification greatly increases the likelihood of cure. The main instrument used in the detection of this type of cancer is cervical-uterine screening. The lack of knowledge about the access barriers to cervical-uterine screening and the Pap test has been the driving force behind the present paper entitled "Barriers to the screening of cervical-uterine cancer in women aged 18-64 years. Zumbi, January, 2016, "exposing itself as a general objective: To identify the barriers that influence the screening of cervical cancer in women aged 18-64 years of the Zumbi parish, as specific objectives: (1) To determine the barriers Sociodemographic, individual, cultural, health service, degree of family functionality and the performance of cervical-uterine screening. (2). Establish the relationship between access barriers and cervical-uterine screening. (3). Specify between the barriers of access, which is most important in the performance of cervical-uterine screening. A cross-sectional causal correlation study was conducted in a sample of 330 women between 18 and 64 years of age living in the urban districts of the Zumbi parish with active sexual life, and who did not comply with the norms of screening, through the application Of a previously validated individual questionnaire and the family functioning perception test (FF-SIL) during the domiciliary visit with a significance level of 0.05, concluding that the variables teenage and young age, unmarried, widowed and divorced marital status, inadequate knowledge Of the Paptest, inadequate access to the health service and severe family dysfunction are determinants in the performance of cervical-uterine screening

KEYWORDS: Cervical-uterine screening, Cervical-uterine cancer, Barriers

3. Introducción

El cáncer cérvico-uterino constituye un problema de salud pública y salud reproductiva de la mujer, ocupa el segundo lugar de cánceres más comunes en el mundo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo ha identificado como prioritario en América Latina y el Caribe desde la década del 60 (Peña et al., 2014).

Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta un cáncer invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad (Levine et al., 2010).

A pesar de los beneficios reconocidos de la prueba de Papanicolaou, no todas las mujeres aprovechan este recurso por múltiples barreras las cuales se pretenden identificar en esta investigación.

La salud familiar está íntimamente relacionada con el clima familiar, la integridad de sus miembros, la organización y el funcionamiento de la unidad, la capacidad de resistencia frente a los problemas que puede afectarlos y su forma de afrontarlos.

Desde una perspectiva sistémica de la familia, la valoración de la salud familiar contempla junto a los aspectos demográficos, la composición, la estructura, el ciclo vital familiar y los agentes estresantes que pueden estar incidiendo sobre la familia, como ocurre cuando en la familia existe algún miembro enfermo, lo que genera una “crisis”. Para adaptarse a esta situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando, evitando situaciones complejas de desequilibrio, que ponen en riesgo la funcionalidad del sistema familiar (Fernández, 2011).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud familiar detalla al funcionamiento como unidad de estructura, en relación a la familia como agente social, para fomentar la salud y el bienestar, se relaciona con la satisfacción de las necesidades de sus miembros, las interacciones entre el individuo, la familia, y la sociedad, la resolución de problemas y la capacidad para adaptarse a situaciones de crisis (OMS, 2010). La salud familiar no es estática, es un proceso dinámico, que se encuentra en continuo equilibrio y cambio, como respuesta a los acontecimientos propios del ciclo vital y a aquellos hechos o situaciones accidentales que les afectan.

A nivel mundial, el cáncer cérvico-uterino es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2012 hubo 530 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000

defunciones por cáncer cérvico-uterino que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo (OMS, 2015).

En los países desarrollados, se han puesto en marcha programas que permiten que las mujeres se sometan a pruebas de detección de la mayor parte de las lesiones precancerosas en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente. En esos países el tratamiento precoz previene hasta el 80% de los casos de cáncer cérvico-uterino.

Mientras que en las regiones menos desarrolladas el cáncer cérvico-uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, se estima que en 2012 hubo unos 445 000 casos nuevos (84% de los nuevos casos mundiales), en este mismo año aproximadamente 270 000 mujeres murieron por este tipo de cáncer; más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2015)

En este contexto, en el Ecuador la incidencia del cáncer cervical es de 29 por cada 100 mil mujeres y de 14,4 por cada 100 mil, según datos del Registro Nacional de Tumores.(SOLCA, 2015).

El examen de Papanicolaou o citología vaginal, es considerado el más eficaz y eficiente para la aplicación en los programas de detección precoz, siendo una técnica extendida por más de 40 años (Lancet, 2013). Estudios estiman la precisión del examen preventivo de cáncer cérvico-uterino en los países en desarrollo que su sensibilidad varía de 44% a 78% y su especificidad de 91% a 99%, se valora que el rastreo de mujeres por medio del examen preventivo reduce en aproximadamente 80% la mortalidad por este tipo de cáncer, por tanto, es necesario garantizar el acceso de las mujeres a este examen (OMS, 2010).

Aunque el tamizaje con el Papanicolaou ha sido comprobado como una estrategia efectiva de prevención, existen aún mujeres que no acuden a este examen en la parroquia Zumbi, lo anterior me hace plantear la siguiente pregunta: ¿Existen barreras sociodemográficas, individuales, culturales y del servicio de salud, así como la funcionalidad familiar que son determinantes en la forma de pensar y actuar de las personas con relación a la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 – 64 años residentes de la parroquia Zumbi, de la Provincia de Zamora Chinchipe?.

En la provincia de Zamora Chinchipe, no se han realizado estudios previos que evalúen las barreras sociodemográficas, individuales, culturales y del servicio de salud, así como la funcionalidad familiar que interfieran en la realización del examen preventivo. La importancia de conocer todos estos factores radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. El cáncer de cuello de útero se percibe en las familias como una enfermedad grave, invasiva, incurable y estrechamente ligada a la muerte que tiene un avance progresivo sobre el organismo y alto costo económico.

Esta investigación brindará un panorama amplio con respecto a las barreras que afecta a la realización del tamizaje cérvico-uterino en las mujeres de la Parroquia Zumbi, y orientará a acciones para incrementar la cobertura de la realización de este examen y de esta manera mejorar la calidad de vida de las familias y evitar disfuncionalidad de las mismas. Para la presente investigación se planteó la siguiente hipótesis nula: Las barreras al tamizaje de cáncer cérvico-uterino entre las mujeres de 18 y 64 años NO SON DETERMINANTES en la realización del Papanicolaou en la parroquia Zumbi, y como hipótesis alterna: Las barreras al tamizaje de cáncer cérvico-uterino entre las mujeres de 18 y 64 años SON DETERMINANTES en la realización del Papanicolaou en la parroquia Zumbi.

Razón por la cual en el presente trabajo investigativo se planteó como objetivo general: Identificar las barreras que influyen en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años residentes de la parroquia Zumbi, además como objetivos específicos: (1) determinar las barreras sociodemográficas, individuales, culturales, del servicio de salud, funcionalidad familiar y la realización del tamizaje cérvico-uterino.(2) establecer la relación entre las barreras de acceso y la realización del tamizaje cérvico-uterino, (3) precisar entre las barreras de acceso, cual guarda mayor relación en la realización del tamizaje cérvico-uterino.

4. Revisión de Literatura

4.1. Tamizaje de detección precoz de cáncer cérvico-uterino.

El Papanicolaou es un examen bajo el microscopio de las células tomadas por raspado de la punta del cuello uterino, sigue siendo el método diagnóstico más empleado para la identificación de lesiones precursoras de cáncer cérvico-uterino, frente a otras pruebas disponibles en la actualidad.

Estudios estiman la precisión del examen preventivo de cáncer cérvico-uterino en los países en desarrollo que su sensibilidad varía de 44% a 78% y su especificidad de 91% a 99%, se valora que el rastreo de mujeres por medio del examen preventivo reduce en aproximadamente 80% la mortalidad por este tipo de cáncer (OMS, 2010) (Rebolj et al., 2012), por lo tanto, es necesario garantizar el acceso de las mujeres a este examen.

En un estudio comparativo realizado para determinar la sensibilidad y especificidad del tamizaje cérvico-uterino y la colposcopia en el diagnóstico intraepitelial de neoplasia cervical, se encontró una sensibilidad del 84.1% para el tamizaje cérvico-uterino frente a la sensibilidad de la colposcopia de 88.1%, llegando a la conclusión de que los dos métodos diagnósticos son complementarios y nada puede sustituir al estudio histológico (Vargas et al., 2015), quedando establecida la importancia del tamizaje cérvico-uterino para diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer.

Se pueden resumir las fortalezas del tamizaje cérvico-uterino en:

- Su éxito histórico en países desarrollados.
- Una alta especificidad, lo cual significa que la prueba identifica correctamente a las mujeres sin anomalías cervicales cuando los resultados son normales.
- Un método de tamizaje bien caracterizado.
- Bajos costos, lo que lo hacen una prueba rentable en los países de medianos ingresos.

El tamizaje cérvico-uterino o Paptest es una prueba que se encuentra disponible en todas las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública. Siendo una opción para disminuir la mortalidad, la detección y el tratamiento oportuno de lesiones precursoras y malignas a través del tamizaje cérvico-uterino; y a pesar de que dicho examen es gratuito y está al alcance de la mayoría de las mujeres, existen barreras que impiden su realización.

Las limitaciones de acuerdo con algunos organismos internacionales (Sherris, 2010) son:

- Sensibilidad de moderada a baja:
- Tasa elevada de resultados falsos negativos.
- Las mujeres deben someterse a tamizaje con frecuencia.

- Los resultados dependen en gran medida de la habilidad del evaluador, tanto para la toma de la muestra como para la interpretación.
- Requiere de una infraestructura compleja.
- Los resultados no están disponibles de inmediato, requiere de visitas múltiples.
- Es probable que estas pruebas resulten menos precisas entre las mujeres posmenopáusicas.

4.1.1. Epidemiología: Cáncer cérvico-uterino

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha señalado que el cáncer cérvico-uterino es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino (extremo inferior de la matriz que comunica con la vagina), estas células inicialmente normales, a la postre se convierten en pre-cancerosas (OPS, 2010).

Con frecuencia, en etapas iniciales del cáncer cérvico-uterino no se presentan síntomas, por lo que a menudo éste no es detectado, hasta que se halla en fases avanzadas de la enfermedad. Así mismo, la OPS, hace evocación de que el factor de riesgo común del cáncer cérvico-uterino es la exposición a ciertas variedades del Papiloma virus Humano (HPV), siendo una enfermedad de transmisión sexual en muchos de los casos asintomática, por lo que puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte (OPS, 2010).

A menudo las mujeres se infectan con el Virus del Papiloma Humano en edades entre los 20 y 30 años, pero sólo una minoría desarrolla el cáncer (Sherris, 2010).

Los Virus de Papiloma Humano (HPV) de bajo riesgo, tipos 6, 11, 40, 42, 53,54 y 57, ocasionan modificaciones leves en el cuello del útero y provocar verrugas vaginales, más no desarrollan cáncer. No obstante, entre los HPV de alto riesgo se incluyen los tipos: 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51,52, 56 y 58, relacionados en mayor proporción con el desarrollo de cáncer cérvico-uterino (OPS, 2010).

A nivel mundial, el cáncer cérvico-uterino es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calcula que en 2012 hubo 530 000 nuevos casos, que representaron el 7,5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las aproximadamente 270 000 defunciones por cáncer cérvico-uterino que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo (OMS, 2015).

Cada año hay más de 500.000 nuevos casos de cáncer cérvico-uterino en el mundo, en América del Sur la tasa de incidencia es de 30,9 x 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 11,97 x 100 000 mujeres, las cuales son las cifras más altas del mundo (Levine et al., 2010).

En este contexto, en el Ecuador la incidencia del cáncer cervical es de 29 por cada 100 mil mujeres y de 14,4 por cada 100 mil, según datos del Registro Nacional de Tumores (SOLCA, 2015).

Como puede estimarse, miles de mujeres ven segadas sus vidas por este padecimiento; pero no sólo eso, las familias de estas personas resultan fraccionadas, además de que los hijos de estas mujeres fallecidas quedan sin la posibilidad de contar con el apoyo y el afecto materno en el curso de sus vidas. Aunado a esto, puede señalarse que las enfermedades oncológicas significan gastos millonarios para el sistema de salud, debido a que en nuestro país no existe cultura de prevención.

Los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino son tanto de condición biológica como de carácter psicosocial.

Entre los principales factores de riesgo pueden considerarse:

- El que las mujeres no se realicen la prueba de detección periódicamente.
- Inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana.
- Tener parejas sexuales múltiples.
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) haciéndola más vulnerable a la mujer a la infección por el Papiloma virus Humano (HPV).
- Historia familiar de cáncer cérvico-uterino.
- Edades de entre 30 y 60 años
- Nivel socio-económico bajo
- Hábito de fumar

4.1.2. Técnica de la Toma de Muestra para Citología Cérvico Vaginal

Condiciones para la toma de muestra:

- No realizar la toma de la muestra durante la menstruación o en presencia de cualquier sangrado.
- No haber tenido relaciones sexuales tres días antes de la realización de la prueba.
- No realizar la toma de muestra durante los 3 primeros meses del postparto, excepto en situaciones que lo ameriten.
- No realizar la toma de muestra si la paciente tiene evidencia clínica de infección vaginal o de que esté usando medicación intra-vaginal.

Preparación del material y equipo: Antes de atender a la usuaria, verificar que el material y equipo que se utilizará:

- Espátula de Ayre
- Citobrush
- Porta objetos con borde esmerilado
- Fijador cito-celular
- Espéculo
- Camilla ginecológica

Rotulado de la lámina: Rotular antes de tomar la muestra, en el tercio superior (esmerilado) los APELLIDOS Y NOMBRES.

Técnica de obtención de la muestra:

- Paciente en posición ginecológica, contar con una adecuada fuente lumínica que permita visualizar adecuadamente el conducto vaginal y el cuello.
- Colocación del espéculo vaginal “sin LUBRICANTE”, si es necesario lubricar se puede utilizar agua destilada o solución salina.
- El paso más importante para un buen examen es “visualizar” el cuello y el orificio exocervical.
- Una vez visualizado se puede eliminar el exceso de moco, exudados purulentos o sangre de la superficie del cuello “sin raspar”, mediante toques aplicados con una torunda de algodón humedecida en agua destilada o solución salina antes de tomar la muestra.

Técnica para la toma de la muestra:

- Muestra exocervical: con el extremo ondeado de la espátula apoyado sobre el orificio externo, girando en 360° con presión ligera sobre el cuello.
- Muestra endocervical: Puede ser obtenida con el “citobrush” o el extremo en punta de la espátula de Ayre, se introduce lentamente por el orificio cervical hasta alcanzar con suavidad la mayor profundidad posible, luego se hace girar dentro del canal endocervical 360°. Girar demasiadas veces podría provocar sangrado y contaminar la muestra. La muestra obtenida debe ser transferida de forma inmediata al portaobjetos.

Extendido de la muestra:

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

- La más pequeña, corresponde a la zona esmerilada (para la rotulación).
- La segunda o central es utilizada para el extendido de la muestra exocervical.
- La tercera (opuesto al esmeril), para el extendido endocervical.
- El extendido debe hacerse en forma uniforme y delgado evitando la superposición celular, con el fin de obtener una película delgada, que permita una fijación adecuada.
- El paso de la espátula de Ayre sobre la lámina debe hacerse una sola vez en forma continua.

Técnica de Fijación de la muestra citológica:

La fijación es un proceso indispensable para obtener una muestra de buena calidad, es utilizado para preservar las células. La desecación de las muestras

ocurre a los pocos segundos de tomada la muestra, por eso es imprescindible fijar de forma inmediata después de hacer los extendidos.

- Fijación con fijador citológico en aerosol, para este caso se debe colocar la lámina de muestra a una distancia de 30 cm del instrumento de fijación con la intención de crear una película protectora de las células, homogénea y delgada.
- Evite el contacto entre varias láminas fijadas por riesgo de adherencia y transferencia de material de estudio.
- Las láminas fijadas no requieren condiciones especiales de conservación (solo protección de polvo, humedad y físico).

4.1.3. Sistemas de Clasificación del Tamizaje Cérvico-Uterino

Existen muchos sistemas en el mundo para clasificar y denominar los tumores pre-malignos del cuello uterino tomando como base la citología y la histología (Cuadro 1).

Los resultados de la Prueba de Papanicolaou pueden catalogarse en cinco clases:

- Clase I: absoluta normalidad. La paciente puede ser citada hasta al año siguiente para su nuevo estudio.
- Clase II: negativa a neoplasia, muestra alguna alteración inflamatoria y puede ameritar tratamiento.
- Clase III a V: Presentan diferentes grados de lesión que obligará al médico a instituir medidas de confirmación diagnóstica.

La confirmación se hace a través de estudios más específicos como biopsia y colposcopia y de acuerdo con el resultado se podrá instaurar un tratamiento resolutivo.

El sistema de clasificación de la neoplasia intraepitelial cérvico-uterina (NIC) se desarrolló en 1968 para tener en cuenta las distintas evoluciones naturales observadas con diferentes grados de displasia.

El sistema de Bethesda se concibió en la década de 1990 en el United States National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos). En este sistema, que sólo se debería utilizar en los informes citológicos, las NIC 2 y 3 se han reunido en un solo grupo, denominado «lesión intraepitelial escamosa de alto grado» (HSIL).

En la citología (esto es, en el examen de un frotis al microscopio), es difícil, si no imposible, distinguir la NIC 2 y la 3.

En la clasificación de 2001 de Bethesda, las células atípicas se dividen en ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y ASC-H (células

escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado). Ésta es la clasificación recomendada por la OMS para los informes citológicos:

CUADRO 1. Clasificación citológica e histológica de lesiones cérvico-uterinas.

Clasificación citológica (utilizada para el cribado)		Clasificación histológica (utilizada para el diagnóstico)	
Papanicolaou	Bethesda	NIC	Clasificaciones descriptivas de la OMS
Clase I	Normal	Normal	Normal
Clase II	ASC-US ASC-H	Atipia	Atipia
Clase III	LSIL	NIC 1 incluido el Condiloma plano	Displasia leve, Coilocitosis
Clase III	HSIL	NIC 2	Displasia moderada
Clase III	HSIL	NIC 3	Displasia grave
Clase IV	HSIL	NIC 3	Carcinoma in situ
Clase V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

4.1.4. Recomendaciones para la Detección del Cáncer Cérvico-Uterino

Las recomendaciones actuales de la American Cancer Society (ACS) y del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) son:

- Iniciar detección 3 años después del inicio de relaciones sexuales por vía vaginal o a la edad de 21 años si no hubo relaciones sexuales previas.
- Después de los 30 años, si los estudios previos fueron negativos, los siguientes estudios se harán cada 2-3 años y conviene incluir estudio de VPH ADN.
- No se recomiendan los estudios después de los 70 años de edad.
- El informe del Paptest deberá seguir el sistema Bethesda 2001 de bajo o elevado grado de lesión epitelial escamosa.
- Se efectuará biopsia en la lesión visible atípica aún con Paptest negativo.
- El Paptest informado como insatisfactorio se deberá repetir a la brevedad.
- Tratar cualquier infección subyacente antes de realizar el Paptest.
- En los estudios incompletos, con lesiones de bajo grado o si el VPH ADN fue positivo, se repetirá el estudio a los 6 meses en las adolescentes y en la mujer adulta se efectuará colposcopia.

4.1.5. Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer con Respecto al Tamizaje Cérvico- Uterino

Las políticas de Salud en el Ecuador son muy claras, en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, en el artículo 1 hace mención a las prestaciones y servicios, donde el Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, asumen las prestaciones básicas para la mujer en Programas de Salud Sexual y Reproductiva, destacándose la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, conforme a la decisión informada de las mujeres o de las parejas y de acuerdo a las normas nacionales de salud reproductiva. Estos derechos sexuales y reproductivos de la mujer están estipulados en las políticas de salud del Estado Ecuatoriano (MSP, 2007):

- a. Derecho a la salud que incluye el derecho a la salud reproductiva
- b. Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales que incluye el derecho a no ser sometida/o a torturas o tratos crueles o degradantes.
- c. Derecho a estar libre de violencia basada en el sexo o género.
- d. Derecho a la intimidad que incluye el derecho a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas.
- e. Derecho al matrimonio y a fundar una familia que incluye el derecho a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora sin discriminación.
- f. Derecho al empleo y la seguridad social que incluye el derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
- g. Derecho a la educación: incluye la educación sexual y reproductiva.
- h. Derecho a la información adecuada y oportuna que incluye el derecho de toda persona a que se le dé información sobre la atención y su estado de salud.
- i. Derecho a ser informadas sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción.

4.1.6. Prevención Primaria

La prevención primaria del cáncer cérvico-uterino se enfoca en:

- Promoción de la salud.
- Educar y sensibilizar a la población para iniciar vida sexual a edades tardías y reducir las conductas sexuales arriesgadas.
- Sensibilizar a la población en general y en particular a la población adolescente para la utilización del condón y evitar prácticas sexuales de riesgo.
- Promover entre la población en general las relaciones sexuales responsables y con fidelidad.
- Promover la ingesta de alimentos saludables, ricos en antioxidantes.
- Promover la reducción del tabaquismo en la población.
- La puesta en práctica de estrategias localmente adecuadas para modificar las conductas.

- El desarrollo y la puesta en circulación de una vacuna eficaz y asequible contra el VPH.
- Esfuerzos para desalentar el uso del tabaco, incluido el tabaquismo (que es un conocido factor de riesgo de cáncer cérvico-uterino y de otros tipos de cáncer).

En una revisión de Cochrane se muestra cómo los programas educativos principalmente en estratos bajos, desarrollados en la comunidad, colegios o prisiones, logran un aumento en el uso de métodos de planificación de barrera y pueden, por lo menos a corto plazo, lograr la reducción de comportamientos de riesgo sexual y por ende la transmisión de VPH y de cáncer de cérvix (Shepherd, et al., 2000).

Es importante suministrar información completa sobre los beneficios y riesgos que implica el tamizaje cérvico-uterino, ya que mejora la calidad y aceptación del programa.

4.1.7. Prevención Secundaria

La prevención secundaria se basa en la detección temprana y tratamiento oportuno de las lesiones pre cancerígenas. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical.

La detección temprana se realiza a través de la toma de citología cervical o inspección visual con ácido acético.

Cuando el resultado sea anormal o positivo se deberá referir a la mujer a colposcopia en donde se confirmará el diagnóstico.

Las mujeres en riesgo a quienes se debe dirigir la realización de la prueba de tamizaje son las siguientes:

- Mujeres de 25 a 54 años de edad.
- Mujeres con factores de riesgo epidemiológico para desarrollar cáncer de cérvix.
- Inicio temprano de la actividad sexual (antes de 18 años de edad)
- Historia de múltiples parejas sexuales o cuyo compañero sexual tenga múltiples contactos sexuales (varón de riesgo).
- Antecedentes o presencia de infección con el virus del Papiloma Humano (HPV), especialmente las cepas oncogénicas, Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH)
- Mujeres fumadoras.
- Mujeres que nunca se han realizado el Papanicolaou o que no se han realizado Papanicolaou en los últimos dos años.
- Mujeres del área rural y de bajo nivel socioeconómico.

4.2. Barreras de acceso al tamizaje de detección precoz del cáncer cérvico-uterino

Las barreras de acceso son factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan el acceso a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud. La actuación en el ámbito de las principales barreras de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población.

En este contexto no sólo el personal médico y sanitario tiene una importante participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos actores dentro y fuera del sector salud.

Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e intercambiar información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes o barreras de acceso a la realización del tamizaje cérvico-uterino.

Por lo tanto, al conceptualizar los determinantes o barreras de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.

Dentro de las barreras para el tamizaje cérvico-uterino se pueden exponer: sociodemográficas, individuales, culturales y del servicio de salud.

4.2.1. Barreras sociodemográficas

Son aspectos del entorno creados por el ser humano que favorecen o intervienen en su desarrollo ante distintas circunstancias, “comprende la interacción entre las personas, incluye también el hacinamiento, calidad de vivienda, condiciones de trabajo, seguridad física y social, comunicación, asistencia médica, trabajo, progreso, distribución de la riqueza, entre otros” (Mise et al., 2014).

Estas barreras o determinantes de salud, juegan un rol importante en la aparición de muchas enfermedades entre ellas el cáncer de cuello uterino. Las situaciones de inequidad frente a estos determinantes sociales ponen en mayor riesgo a las mujeres de acceder a un tamizaje cérvico-uterino, así como de padecer cáncer de cuello uterino.

Edad. - Es un factor descrito como predictor para adherirse al tamizaje cérvico-uterino, siendo señalado como el único determinante biológico. Al realizar una comparación entre grupos de mujeres de diferentes rangos etarios, algunos estudios señalan que a menor edad mayor adherencia al PAP (Worthington, 2012)

(Reiter, 2011) (Grange, 2008), pero también existen algunas investigaciones que señalan lo contrario (Borrayo, 2007).

Debe considerarse a la edad además como un factor que influye en la integración cultural de mujeres, quienes buscan al sistema de salud por temas de planificación familiar, adoptando conductas preventivas que conllevan a mejorar la adherencia al tamizaje cérvico-uterino.

Nivel de instrucción. - La literatura señala que la adherencia es mayor en aquellas mujeres que tienen más años de escolaridad (Worthington, 2012) (Fernández, 2009). Cabe señalar y de manera paradójica que más de 16 años de educación no predice adherencia al tamizaje cérvico-uterino (Simou, et al., 2010), lo que podría explicarse porque las mujeres con mayor educación tienen más responsabilidades, resultando en una falta de tiempo para adherirse al tamizaje de manera adecuada. Es así que el nivel de instrucción puede ser una barrera para el acceso al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino.

Las mujeres más educadas tienen mayor oportunidad de realizarse un PAP y tener mejor adherencia al seguimiento después de un PAP anormal debido al grado de conocimiento de las consecuencias que puede tener el cáncer de cuello uterino (Nelson, et, al., 2009).

Ocupación. - La ocupación de la mujer medida como presencia de empleo, es señalada en diferentes investigaciones norteamericanas (Worthington et, al., 2012) (Reiter, 2011) y europeas (Grange, et, al., 2008) con una mayor adherencia al PAP en mujeres que cuentan con empleo.

Raza/etnicidad. - La mayoría de estudios coinciden en que las minorías raciales sobre todo las mujeres de raza negra están en desventaja de acceder a los servicios de tamizaje, diagnóstico y tratamiento para cáncer de cuello uterino, y también están asociadas a una supervivencia más corta después de realizado el diagnóstico (Lofters et al 2013) (Van, 2005). Las mujeres asiáticas e hispanas tienen dificultades para tener adherencia a las recomendaciones de seguimiento comparadas con mujeres blancas (Lin, 2009).

Estas diferencias se notan en revisiones sistemáticas provenientes de datos de países desarrollados probablemente debido al grado de desventaja y discriminación en que se encuentran estas minorías raciales dentro de esos países y tal vez por barreras que tengan que ver con el manejo del idioma, el nivel educativo y el estado socioeconómico bajo que por lo general es la característica de estos grupos raciales en países desarrollados donde fueron llevados a cabo estos estudios.

La Ruralidad. - Puede ser un factor que también disminuya el acceso de las mujeres a los servicios de salud brindados para la prevención y manejo el cáncer de cuello uterino (Brankovic, et, al.2013), asimismo las mujeres de edad avanzada

o mujeres con bajos niveles de alfabetización referido a temas de salud tendrían el mismo problema de acceso a los servicios de salud (Pruitt, 2009).

Género. – Existen pocos estudios que valora ese determinante social. Las lesbianas podrían tener una baja percepción de riesgo debido a que no tendrían sexo con hombres, aunque hay lesbianas que son bisexuales y podrían contraer en VPH y de esta forma estar en riesgo sino acuden a realizarse el PAP (Brankovic, et al., 2013).

Existe probablemente en este grupo el miedo al riesgo de discriminación y de estigmatización. Dentro de las limitaciones de la presente investigación, está el hecho de que no se encuentran revisiones sistemáticas realizadas en Latinoamérica, el único estudio que menciona datos de América del Sur es el de Parikh et al. Pero sin dar muchos detalles al respecto, es vital para nuestro país generar datos acerca de estos determinantes sociales y su relación con la decisión de realizarse el tamizaje de detección de cáncer cérvico-uterino.

Características del hogar. - La ubicación de la vivienda (urbano-rural) se ha relacionado a la decisión del tamizaje cérvico-uterino, se señala que las mujeres que viven en zonas rurales se adhieren menos (Simou et al., 2010). Factores como la pobreza, la raza/etnicidad, el género, el nivel educativo bajo y el limitado acceso a los servicios de salud pone en situación de vulnerabilidad a estas mujeres.

Es tarea de los investigadores locales identificar estas brechas con la finalidad de que los tomadores de decisiones puedan plantear intervenciones a fin de acortar las brechas de inequidad existentes dentro de nuestro país.

Finalmente se debe recalcar la importancia de identificar a nivel local estas barreras sociales de salud asociadas con la posibilidad de tener un mayor acceso a las pruebas de tamizaje cérvico-uterino, las barreras sociales juegan un rol importante y hacen que las mujeres no puedan participar de las actividades de prevención primaria y secundaria que han sido desarrolladas para al cáncer de cuello uterino

4.2.2. Barreras individuales

Hace referencia a los elementos relacionados a la autoestima, patrón de conducta, estilo de vida, respuesta al estrés, cuando se conoce algún resultado o diagnóstico no deseable en la persona podría verse afectada la decisión de la realización del tamizaje cérvico-uterino.

Presencia de pareja. - El resultado más frecuentemente reportado en la literatura es que el matrimonio (Reiter, et, al., 2011) o la presencia de pareja (Lin, et, al., 2009) determina una mayor adherencia, lo que probablemente estaría explicado por la necesidad de elegir un método de planificación familiar, que

conllevaría a la mujer a consultar al ginecólogo, exponiéndose a la toma del PAP. El mismo estudio propone que el estigma asociado a la actividad sexual extramarital podría disuadir a las mujeres solteras de someterse al tamizaje cérvico-uterino.

El conocimiento y las creencias. - La falta de conocimiento y el miedo al ridículo son importantes barreras para adherir al tamizaje cérvico-uterino, así como también la preocupación por el dolor que pudiera causar el examen (Park, 2005).

Las creencias que las mujeres tienen acerca del PAP y del cáncer cérvico-uterino han sido motivo de múltiples investigaciones, dentro de las principales barreras que influyen en la decisión de realizarse del tamizaje cérvico-uterino son: el miedo o vergüenza, influencia de la pareja, si es hombre el profesional que realiza el tamizaje cérvico-uterino.

La actitud de temor y/o miedo a la prueba y/o resultado. - Es una predisposición aprendida no innata y estable, aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana.

Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo.

Miedo. - Es una de las categorías más nombradas por las mujeres, tanto en lo referente a los motivos para no realizarse el tamizaje cérvico-uterino, así como para no acudir a buscar el resultado. Una de las mujeres refiere: "...miedo al dolor, creen que le van a sacar un pedacito del útero para afuera", señalando claramente que el miedo está relacionado al dolor y a su vez al desconocimiento del procedimiento como tal. Otra de las entrevistadas señala: "... porque piensan que se van a encontrar con alguna enfermedad y prefieren no saberlo", refiriéndose en este caso al temor que provoca el diagnóstico de cáncer (Zamberlin, 2011).

Vergüenza. - La visita al ginecólogo implica la exposición de la intimidad del cuerpo frente al médico o el equipo de salud, y esto la hace una situación incómoda y poco agradable. El pudor es un elemento cultural fuerte en la socialización de las mujeres.

Las mujeres sienten vergüenza de exponer sus genitales, ser observadas y tocadas, además la escasa privacidad del área donde se toma la muestra son un motivo importante para la no realización del tamizaje cérvico-uterino que se potencia cuando el profesional de salud es un hombre joven. Al respecto algunos de los testimonios señalan: "por vergüenza, sobre todo si las atiende un hombre", por la incomodidad, porque hacerse el PAP no es agradable" (Zamberlin, 2011).

4.2.3. Barreras culturales

Relacionado a las creencias, se encuentra la percepción de riesgo o susceptibilidad que la mujer perciba, encontrándose que el no considerarse en riesgo de desarrollar cáncer cérvico-uterino es motivo de la falta de decisión para realizarse el tamizaje cérvico uterino (MacLaughlan et al., 2011).

Asociado a esto se encuentra la creencia que el PAP requiere ser tomado cuando se presentan síntomas (Reiter, 2011). A lo anterior se agrega un gran porcentaje de mujeres que cree que el Papanicolaou detecta el cáncer cérvico-uterino ya establecido (MacLaughlan et al., 2011). Esta situación hace necesario mejorar la información sobre el propósito del PAP, disminuyendo la ansiedad que este examen pueda producir.

Influencia de la pareja. - Otro factor cultural que interfiere en la aceptación del Papanicolaou, es el machismo, porque las mujeres han sido formadas tradicionalmente para realizar actividades de servicio, así como obedecer las órdenes del padre y posteriormente de su pareja. Las mujeres temen la posibilidad de padecer cáncer de cérvix, y sea la causa de problemas con su pareja porque piensan que han sido infieles.

El número de parejas sexuales ha sido también relacionado a la decisión de la realización del tamizaje cérvico-uterino, señalando que las mujeres con más de una pareja en el último año adhieren más, y que la presencia de 2 o más parejas sexuales en los últimos 5 años genera una menor adherencia (Grange, 2008).

Religión. – Juega un papel importante en la sociedad, en las políticas de los gobiernos y en la vida de las personas. El nivel de compromiso que un individuo tenga con su religión y los ideales que ésta profese determinará el marco de posibilidades que la persona tendrá a la hora de tomar la decisión de la realización del tamizaje cérvico-uterino.

Las grandes religiones, en su mayoría patriarcales, generalmente sitúan a la mujer como el agente reproductivo central, cuyo destino es de sumisión frente al poder de protección y superioridad que atribuyen al hombre.

4.2.4. Barreras del servicio de salud.

El derecho a la salud comprende: acceso universal y gratuito a los servicios públicos estatales de salud, disponibilidad de medicamentos de calidad seguros y eficaces, atención prioritaria para personas que lo requieran como resultado de su condición de salud, derecho a tomar decisiones libres informadas voluntarias y responsables, derecho a guardar reserva sobre datos referentes a la salud, recibir atención de emergencia en cualquier centro de salud público o privado y la no discriminación por motivo de salud. Los derechos relacionados con la salud son de directa aplicación y exigibles.

Los sistemas de salud desde una perspectiva de los derechos humanos, deben cumplir condiciones básicas como disponibilidad, accesibilidad física, económica y cultural.

Entre las barreras que condicionan la aceptación o rechazo de los servicios de salud están: accesibilidad de atención médica, disponibilidad para los usuarios en tiempo, espacio, calidad de atención, modalidad de prestación de servicios, comunicación y otros.

La falta de equipamiento, suministros médicos o medicamentos adecuados para atender los casos con infecciones vaginales, cáncer cérvico uterino, infecciones de transmisión sexual, así como personal médico capacitado al interior de los servicios para atención de la demanda son barreras también importantes.

Se considera positivamente asociado a la decisión de la realización del tamizaje cérvico-uterino, el contacto con un servicio de salud o profesional de salud (Wall, 2010). Un mayor número de visitas médicas (Worthington, 2012) (Lin, 2009), la presencia de un control médico en el último tiempo (Grange, 2008) y contar con prestador de salud habitual (Wall, 2010) son predictores de mayor importancia.

Específicamente, se ha descrito que visitar al mismo profesional de salud o ginecólogo también se considera como un factor decisivo importante; esto puede deberse al efecto que genera una mejor relación profesional y un mejor seguimiento de la mujer (Reiter, 2011).

4.3. Funcionalidad Familiar

Los factores que condicionan el impacto de una decisión de salud-enfermedad en la familia, como lo son:

Etapa del ciclo vital. - No es lo mismo una enfermedad en una madre en edad laboral o con hijos pequeños o adolescentes, que en la etapa de nido vacío.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares. -La enfermedad aguda supone una crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles sean.

Cultura familiar. -Conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros de la familia; intervienen en la evolución y desenlace de la enfermedad.

Nivel socioeconómico. -No es lo mismo que una enfermedad aparezca en una familia de escasos medios económicos que en una económicamente estable, la crisis familiar en la primera es mayor.

Comunicación familiar. -Si en un intento de “proteger” al paciente se le oculta la verdad, se altera la relación con la familia, e incluso con el médico, debido a que se niega al paciente la posibilidad de expresar sus dudas y miedos (Maganto, 2010).

La funcionalidad familiar es un concepto de carácter sistémico, que aborda las características relativamente estables por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman, existen varios instrumentos cualitativos y cuantitativos para valorar la funcionalidad familiar, entre ellos: el APGAR familiar, Familiograma, el FF-sil.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros.

4.3.1. Variables de la funcionalidad familiar.

Es necesario entender que la familia no es una institución fija, sino que se encuentra en continuo cambio, es considerada la base primordial de la sociedad constituida por principios morales y psicológicos, basada en relaciones afectivas entre cada uno de sus miembros, y está presente en la recuperación óptima del individuo permitiéndole que tenga la capacidad de actuar y desempeñar a plenitud sus roles, ya que es fuente de amor y de apoyo.

De igual manera, la salud familiar no es estática, es un proceso dinámico, que se encuentra en continuo equilibrio y cambio, como respuesta a los acontecimientos propios del ciclo vital y a aquellos hechos o situaciones accidentales que les afectan.

Los indicadores de funcionalidad familiar son:

Comunicación. - en los que se destacan la facilidad para expresar en forma clara y directa las ideas y los sentimientos.

Una buena comunicación nace de la empatía entre los miembros de la familia, la escucha activa, la libertad de expresión, así como la consideración y el respeto entre los miembros de la familia.

Sin duda, es fundamental dentro de este proceso de toma de decisión para el tamizaje cérvico-uterino, ya que una mala función de esta variable provoca el silencio en las mujeres, en sus familiares y allegados; por lo tanto, esta debe fluir efectivamente y sin barreras, permitiendo una decisión oportuna de prevención al realizarse el tamizaje cérvico-uterino.

Autoestima. - es la capacidad de valorar el “yo”, tratarnos con dignidad y amor; es un sistema de actitudes y sentimientos que tiene el individuo sobre sí mismo y surge con la interacción con los demás; estas interacciones son

extraordinariamente influyentes para conservar o cambiar la personalidad del individuo y tomar de decisiones. La autoestima es un proceso de valoración profunda, íntima y personal que cada quien hace de sí mismo en todo momento, esté o no consciente de ello.

Cohesión. - se explica como el vínculo de unión mantenido a través de la vida familiar, la confianza, el aprecio, el apoyo, la integración y el respeto a la individualidad. Para un desarrollo óptimo de cada uno de los miembros de la familia, el nivel de cohesión debe al mismo tiempo ser compatible con la necesaria individualización y autonomía de todos y cada uno de los miembros de la familia.

La dimensión de cohesión familiar consta de cuatro variables o niveles (Castilla, 2014):

1.- La desvinculada o desprendida (muy baja) se refiere a familias donde prima el "yo", esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

2.- En la separada (baja a moderada) si bien prima el "yo" existe presencia de un "nosotros"; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

3.- En la conectada o unida (moderada a alta) prima el "nosotros" con presencia del "yo"; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, tendencia hacia la dependencia.

4.- En la enmarañada o enredada (muy alta), prima el "nosotros", hay máxima unión afectiva entre los familiares, fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

Adaptabilidad. - se define como la capacidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares. La adaptabilidad de la familia va de la mano de un buen manejo de la disciplina, un liderazgo, la capacidad de entendimiento entre los miembros de la familia, así como tener claros los roles y las reglas familiares.

La presencia de una enfermedad produce una crisis que somete a reajustes a los miembros de la red social del paciente, tanto éste como sus familiares u otras personas cercanas a él presentan por lo general reacciones emocionales como: ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza, impotencia, enojo y miedo.

Tanto la respuesta emocional como las estrategias que emplearán para intentar adaptarse a la situación dependerán de múltiples factores entre los cuales se encuentran los siguientes:

-Factores relacionados con las características de la enfermedad: tipo de enfermedad y su localización; presencia de dolor, malestar, deterioro físico y/o

mentales secundarios a la enfermedad o los tratamientos; pérdidas derivadas de la enfermedad; velocidad de progresión; duración del proceso hacia la muerte.

-Factores relacionados con el nivel de información acerca de la enfermedad: si se cuenta o no con información suficiente; si hay una comprensión y asimilación adecuada de la misma, la manera en que se proporcionó la información.

-Factores personales: edad del paciente y las personas que lo rodean, el sexo, el tipo de personalidad, percepción de recursos para enfrentarse a la situación; religiosidad, espiritualidad y filosofía de vida.

-Factores relacionados con la concepción de la enfermedad y la muerte: si han tenido experiencias previas con la enfermedad, con pérdidas y/o con la muerte y cómo se han elaborado; qué significado se atribuye a la enfermedad o a la muerte; temores específicos acerca de la muerte y el proceso de morir; cosmovisión sobre la enfermedad y la muerte.

-Relación con la persona enferma: si existen o no asuntos pendientes o inconclusos con el enfermo, si había o no una relación cercana y afectiva previa.

-Factores relacionados con la familia: el momento del ciclo vital de la familia en que se presenta la enfermedad, el rol que tenía y tiene el paciente en la familia, el funcionamiento familiar previo a la nueva situación.

-Factores sociales: características culturales y étnicas del paciente y las personas que le rodean; las redes de apoyo social reales y percibidas; las características del entorno social; la reacción social frente a la enfermedad; los recursos económicos para enfrentarse a la enfermedad; el acceso a tratamiento médico y la existencia de programas de apoyo social.

-Relación con el equipo de salud: la presencia de confianza; capacidad del equipo médico para transmitir información y comunicarse con el paciente y sus seres queridos.

- Situaciones estresantes: presencia de otro miembro de la familia enfermo, necesidad de cambiar de residencia para recibir tratamiento, pérdidas recientes, etc.

De estos factores dependerá en gran medida que la situación se viva con un alto nivel de sufrimiento o que se viva como un reto que permita la movilización y la búsqueda de alternativas para adaptarse. En el camino hacia la adaptación a la enfermedad, la familia se enfrentará a cambios y dificultades continuos.

Organización familiar. - hace referencia al acuerdo, claridad y consistencia de los roles y de la estructura familiar.

Roles. - se construyen junto con los valores de igualdad, autonomía y los ya tradicionales de lealtad y solidaridad entre todos los miembros de la red familiar.

Ambiente familiar. - el cual depende del tipo y expresión de los sentimientos entre los miembros del sistema familiar.

5. Materiales y métodos

5.1. Tipo de investigación y diseño

Se trata de un estudio analítico transversal con un diseño no experimental, correlacional causal que medirá el grado de relación que existe entre dos o más variables, buscando evaluar vínculos causales.

5.2. Unidad de estudio

El estudio se realizó en mujeres de 18-64 años de la parroquia Zumbi, cantón Centinela del Cóndor de la provincia de Zamora Chinchipe, considerando los 11 barrios urbanos de la parroquia.

5.3. Universo

Para determinar el universo de estudio se consideró la base de datos del IV Censo Poblacional y V de Vivienda 2010 de la parroquia Zumbi, con un total por grupo etario de 1517 mujeres en edades comprendidas de 18 a 64 años, pertenecientes al área urbana da la parroquia Zumbi.

5.4. Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se aplicó la fórmula de Pita Fernández (aplicación en Excel), a partir del universo calculado, con una proporción esperada del 15%, un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 %, la expresión es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo =1517

Z = Valor del nivel de confianza, nivel de confianza 95% → Z = 1,96

e = Limite aceptable de error muestral, e = 0,05 (5%)

p = Proporción que esperamos encontrar.

Valor aproximado del parámetro que queremos medir, p = 0,05 (5%)

La muestra para la presente investigación fue de 330, en el que se considera el 5% del margen de error

Esta muestra calculada fue analizada mediante el software Gpower v. 3.1, confirmándose un poder y/o potencia estadística superior al 80%.

5.5. Muestreo

En primera estancia se realizó una aleatorización a los barrios donde se aplicó los instrumentos, posterior a ello en cada barrio seleccionado se procedió al azar a determinar el número de encuestas por manzana a realizar; se ejecutó en cada uno de los 11 barrios urbanos de la parroquia Zumbi, se clasificaron en subgrupos o estratos con similares características demográficas, tomando como base los datos del censo de población y vivienda (INEC, 2010)

El número de encuestas para cada barrio fue dividido para el número de manzanas, finalmente la selección de los hogares también fue realizado al azar utilizando hojas de cálculo previamente diseñada en el software Excel, en cada manzana de los barrios.

Una vez realizada la estratificación y aleatorización se elaboró la hoja de ruta donde se aplicaron los instrumentos en campo y la referida recopilación de información y la sistematización correspondiente (ver anexo 4); los datos de este proceso se presentan en la tabla subsiguiente.

Cuadro 2. Distribución de barrios a encuestar

Cantón	Parroquia	Barrios	Número de encuestas
		13 de Junio	30
		Central	45
		San Carlos	26
		Laureles	26
		San José	27
Centinela del Cóndor	Zumbi	Jaime Roldós	43
		Reina del Cisne	32
		San Antonio	30
		San Francisco	27
		Juan Solís	23
		San Luis	21
Total			330

FUENTE: Investigación Directa 2016. Base de datos del proyecto. "Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18-64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016"
Elaborado: Md. Karla Jiménez

5.6. Criterios de inclusión y exclusión

5.6.1. Criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión para la presente investigación fueron: mujeres de 18 a 64 años con vida sexual activa, residentes de los barrios urbanos de la parroquia Zumbi, que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio previo consentimiento informado y que no cumplieron con la normativa de la realización del tamizaje cérvico uterino.

5.6.2. Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres con discapacidad intelectual

5.7. Recopilación de información primaria

Como primer paso se elaboró una encuesta semi-estructurada de 25 preguntas de única opción en la que constan aspectos sociodemográficos, individuales, culturales, del servicio de salud y familiares, dirigida a las mujeres de 18 a 64 años residentes en los barrios urbanos de la parroquia Zumbi, aquí se solicitó den contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.

Se procedió a llenar la encuesta previa aceptación con un consentimiento informado, que debió ser aplicado a cada una de las participantes.

5.8. Instrumento

5.8.1. Test de Percepción de la Funcionalidad Familiar (FFSIL)

La aplicación de este instrumento, permitió diagnosticar el funcionamiento familiar, a través de la percepción de uno de los miembros; parte del principio, es sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de persona.

Toma en cuenta 7 categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad(Bernal, 2002).

La respuesta tiene 5 escalas cualitativas que a su vez tiene una escala de puntos, (casi siempre-5), (muchas veces-4), (a veces-3), (pocas veces-2) y (casi nunca-1); clasificando a la familia como funcional (70 a 57), moderadamente funcional (56 a 43), disfuncional (42 a 28) y severamente disfuncional (27 a 14) de acuerdo al puntaje obtenido.

Confiabilidad. La media del coeficiente de confiabilidad o de correlación r de Pearson fue de 0,42, existe relación positiva pero no es perfecta (Nuñez, 2015).

Validez. La medida de la fiabilidad y validez se la realizó mediante el cálculo del Alfa de Cronbach con uso del software SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies), el cual tiene un valor de 0,86, excelente aceptable.

Este resultado reflejaría la validez del instrumento ya que se encuentra dentro de los valores aceptables.

5.9. Procedimiento

5.9.1 Fase de Inicio:

En esta fase se realizó el análisis, diseño del proyecto, búsqueda de información, elaboración, presentación y aprobación del proyecto de tesis, la fase se realizó en 20 días hábiles.

Estudio piloto para la validación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos, se realizó una prueba piloto con 30 mujeres de 18-64 años de la parroquia de Yanzatza, elegidas de forma aleatoria simple, a quienes se les aplicó la encuesta y el test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL).

Los datos obtenidos fueron sistematizados e ingresados en las hojas de cálculo del programa Microsoft Excel y luego ingresados o copiados en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies).

Se realizó un análisis factorial a través del Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,86, que corresponde a una fiabilidad aceptable.

5.9.2 Fase de implementación

Previo reconocimiento del área de investigación, se identificó la población participante de este estudio de manera que la información fue recogida mediante una visita domiciliaria, se realizó la entrevista mediante la cual se obtuvo datos de variables sociodemográficas, culturales, individuales, relacionadas al servicio de salud, y el test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Esta fase tuvo una duración de 120 días

5.9.3 Fase de análisis de datos y control de calidad

Los datos obtenidos se ingresaron progresivamente en el Microsoft Excel a la par como se iba recopilando la información, proceso realizado en el lapso de 45 días; y, al finalizar el mismo se realizó el control de calidad de los datos y el libro de códigos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies)..

Se entregó la base de datos al asesor metodológico para un segundo control de calidad.

5.9.4 Fase final

Esta fase corresponde a la presentación y sustentación de resultados.

5.10 Equipo, materiales y costos

Cuadro 3. Materiales y recursos

Nombre del recurso	Tipo	Etiqueta de material	Cantidad	Costo Unitario	Presupuesto
Computadora	Material	HP core i7	1	\$2,154.00	2,154.00
Impresora	Material	Epson tinta	1	\$350.00	\$350.00
Calculadora	Material	Casio	1	\$50.00	\$50.00
Papel	Material	Bond A4	5	\$4.50	\$22.50
CD	Material	Samsung	10	\$3.50	\$17.50
Pendrivel	Material	Kingston	1	\$8.00	\$8.00
Lapiceros	Material	Big	50	\$0.35	\$17.50
Lápiz	Material	Mongol	20	\$0.35	\$7.00
Borradores	Material	Pelikan	10	\$0.35	\$3.50
Marcadores 1	Material	Permanente	10	\$1.00	\$10.00
Marcadores 2	Material	Borrable	10	\$1.00	\$10.00
Fotocopias	Material	Sn	6000	\$0.01	\$60.00
Impresión	Material	Sn	500	\$0.05	\$25.00
Anillados	Material	Sn	6	\$2.00	\$12.00
Encuadernación	Material	Sn	6	\$8.00	\$48.00
Movilización	Costo	día/costo	28	\$ 15	\$420.00
Refrigerio	Trabajo	día	500	\$2.50	\$1250.00
Cámara digital	Material	Sony	1	\$350.00	\$350.00
Tablero	Material	Madera	6	\$3.00	\$18.00
Grapadora	Material	Sn	2	\$10.00	\$20.00
Grapas	Material	Sn	1	\$1.00	\$1.00
Clips	Material	Sn	2	\$ 0,93	\$1.85
Sacapuntas	Material	Sn	1	\$1.00	\$1.00
Sobre manila	Material	Sn	10	\$1.00	\$10.00
Foliador	Material	Sn	10	\$5.00	\$50.00
TOTAL					4.891,35

FUENTE: Investigación Directa (2016). Base de datos del proyecto. "Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18-64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016"

Elaborado: Md. Karla Jiménez

5.12 Análisis estadístico

Los datos fueron ingresados al programa Microsoft Excel, posterior a ello se exportaron al software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16, a través del cual se hizo el análisis estadístico utilizando la razón de prevalencia, frecuencias, porcentajes y medidas de asociación entre las variables dependiente, independiente e intervinientes.

La asociación de variables dependiente, independiente e intervinientes se estableció a través de la prueba no paramétrica del chi-cuadrado.

La causalidad se determinó por la asociación que se establece entre la variable dependiente e independiente, donde las independientes son determinantes sobre la dependiente.

Para la interpretación de los resultados de p se tomó los siguientes criterios de rango:

- Si $p \leq 0,05$ la relación es significativa
- Si $p \geq 0,05$ no existe relación significativa

La V de Cramer, se usó para establecer la magnitud del efecto y/o la fuerza de la dependencia.

5.13 Aspectos éticos

El investigador declara no tener conflictos de interés que hayan afectado la realización de la presente investigación.

Una parte importante en la presente investigación fue el solicitar el consentimiento informado a cada participante, de igual forma se recalca que los datos aportados por ellos tienen la más absoluta confidencialidad.

6. Resultados

6.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES INVESTIGADAS.

Una de las principales acciones en el proceso investigativo, post recolección de información fue de manera individual caracterizar a las mujeres objeto de estudio, los resultados se detallan a continuación:

Cuadro 1. Distribución de la edad de las mujeres de 18 - 64 años.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente (18-19 años)	29	8,8
Joven (20-39 años)	133	40,3
Madura (40-59 años)	95	28,8
Adulta (60-64 años)	73	22,1
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH

ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En cuanto a la edad, el grupo de mayor prevalencia corresponde a mujeres jóvenes 40,3%. El promedio de edad es 38,5 años.

Lo que conlleva a pensar que la mayoría de mujeres de la parroquia Zumbi son jóvenes y posiblemente con una adecuada promoción de salud se puede incrementar la cobertura del tamizaje cérvico-uterino, lo que se traduciría en un mayor diagnóstico precoz de cáncer cérvico-uterino

Cuadro 2. Distribución del estado civil de las mujeres de 18 - 64 años.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Viuda	19	5,8
Divorciada	37	11,2
Soltera	55	16,7
Unión libre	115	34,8
Casada	104	31,5
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En referencia al estado civil de las mujeres, impera la unión libre 34,8%.

Esto es debido a que en las familias objeto de estudio se da el matrimonio a prueba, desde uniones eventuales hasta otras prolongadas, que pueden llegar a formales.

Cuadro 3. Distribución del nivel de instrucción de las mujeres de 18 - 64 años.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	41	12,4
Primaria completa	35	10,6
Secundaria incompleta	107	32,4
Secundaria completa	74	22,4
Superior incompleta	45	13,6
Superior completa	28	8,5
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En cuanto al nivel de instrucción de las mujeres, existe un predominio de la instrucción secundaria incompleta en 32,4%; lo cual nos revela la falta de instrucción de las mujeres en el área de estudio.

Cuadro 4. Distribución de la condición de actividad de las mujeres de 18 - 64 años.

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	20	6,1
Estudiante	23	7
Trabajador independiente	56	17
Empleado privado	19	5,8
Empleado público	37	11,2
Jubilado/pensionado	4	1,2
Ama de casa	171	51,8
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En cuanto a la condición de actividad, prevalecen las amas de casa 51,8%.

Lo cual se justifica por las costumbres locales, donde el hombre provee de las necesidades básicas y las mujeres quedan al cuidado del hogar.

Cuadro 5. Distribución de la religión de las mujeres de 18 - 64 años.

RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Evangélica	6	1,8
Testigo de Jehová	25	7,6
Católica	299	90,6
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH

ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En referencia a la religión de las mujeres, el 90,6% de las mujeres encuestadas profesan la religión Católica.

La religión podría utilizarse como herramienta para que a través de los líderes de cada religión puedan concientizarse a las mujeres de la importancia del autocuidado demostrándolo al realizarse el tamizaje cérvico-uterino.

Cuadro 6. Distribución de la actitud frente al Paptest en las mujeres de 18 - 64 años.

ACTITUD FRENTE AL PAPTEST	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	153	46,4
Favorable	177	53,6
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH

ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En relación a la actitud frente al Paptest, el 46,4% de las mujeres encuestadas tienen una actitud desfavorable.

Lo cual refleja la poca predisposición que tienen las mujeres frente a este examen.

Cuadro 7. Distribución de la accesibilidad de la usuaria al servicio de salud frente al Paptest en las mujeres de 18 - 64 años.

ACCESIBILIDAD DE LA USUARIA AL SERVICIO DE SALUD	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	84	25,2
Adecuado	246	74,8
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH

ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En relación a la accesibilidad al servicio de salud frente al Paptest, el 74,8% refieren un acceso adecuado y un 25,2% un acceso inadecuado, lo cual limita a que las mujeres dispongan de una atención sanitaria preventiva adecuada.

Cuadro 8. Distribución de la funcionalidad familiar en las mujeres de 18 - 64 años.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Severamente disfuncional	2	0,6
Disfuncional	80	24,2
Moderadamente funcional	177	53,6
Funcional	71	21,5
Total	330	100

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH

ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

El 53,6% de las mujeres encuestadas tienen familias moderadamente funcionales y un 0,6% familias severamente disfuncionales.

Lo cual pone de manifiesto la importancia del estudio de la funcionalidad familiar y su relación con la toma de decisiones preventivas.

6.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DEL PROBLEMA ESTUDIADO

Cuadro 9. Correlación entre la de edad y la realización del tamizaje cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años Zumbi, Enero-Julio 2016

EDAD	REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE CERVICO-UTERINO				Total
	NO		SI		
	f	%	f	%	
ADOLESCENTE-JOVEN (18-39 años)	25	15,40%	137	84,60%	100,0%
MADURAS-ADULTAS (40-64 años)	13	7,70%	155	92,30%	100,0%
Total	38	11,50%	292	88,50%	100,0%
		Valor	GL		Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		4.792	1		0.029

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En lo relacionado a las variables edad y la realización del tamizaje cérvico uterino, se observa que el 15,4% de las mujeres adolescentes y jóvenes no se realizan el tamizaje cérvico-uterino frente al 7,7% de mujeres maduras y adultas.

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,029<0,05$), se acepta la hipótesis alterna. Las edades menores (adolescente-joven) son una barrera para la no realización del test de Papanicolaou.

La asociación de estas dos variables es de baja dependencia (v Cramer 0,120)

Cuadro 10. Correlación entre el estado civil y la realización del tamizaje cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años Zumbi, Enero-Julio 2016

ESTADO CIVIL	REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE CERVICO-UTERINO				Total
	NO		SI		
	f	%	f	%	
SIN PAREJA (Soltera, viuda, divorciada)	23	20,70%	88	79,30%	100,0%
CON PAREJA (Casada, unión libre)	15	6,80%	204	93,20%	100,0%
Total	38	11,50%	292	88,50%	100,0%
		Valor		GL	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		13,911		1	0.000

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En lo relacionado a las variables estado civil y la realización del tamizaje cérvico uterino, se observa que el 20,7% de mujeres sin pareja (soltera, viuda, divorciada) no se realizan el tamizaje cérvico-uterino frente al 6,8% de mujeres con pareja (casada, unión libre).

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,000<0,05$), se acepta la hipótesis alterna. El no tener pareja resulta una barrera para la no realización del test de Papanicolaou.

La asociación de estas dos variables es débil (v Cramer 0,205)

Cuadro 11. Correlación entre conocimientos del Paptest y la realización del tamizaje cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años Zumbi, Enero-Julio 2016

CONOCIMIENTOS DEL PAPTST	REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE CERVICO-UTERINO				Total
	NO		SI		
	f	%	f	%	
INADECUADOS	12	21,10%	45	78,90%	100,0%
ADECUADOS	26	9,50%	247	90,50%	100,0%
Total	38	11,50%	292	88,50%	100,0%
		Valor	GL		Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		6,151	1		0.013

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En cuanto a los conocimientos del Paptest y la realización del tamizaje cérvico-uterino, se observa que el 21,10% de mujeres con conocimientos inadecuados no se realizan el Paptest frente al 9,50% de mujeres con conocimientos adecuados.

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,013 < 0,05$), se acepta la hipótesis alterna. Las mujeres con conocimientos inadecuados son propensas a la no realización del test de Papanicolaou.

La asociación de estas dos variables es débil (v Cramer 0,137)

Cuadro 12. Correlación entre acceso de la usuaria al servicio de salud y realización del tamizaje cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años Zumbi, Enero-Julio 2016

ACCESO DE LA USUARIA AL SERVICIO DE SALUD	REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE CERVICO-UTERINO				Total
	NO		SI		
	f	%	f	%	
INADECUADO	22	26,50%	61	73,50%	100,0%
ADECUADO	16	6,10%	231	93,90%	100,0%
Total	38	11,50%	292	88,50%	100,0%
		Valor	GL	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson		25,897	1	0.000	

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

En lo concerniente al análisis de las variables acceso al servicio de salud y la realización del tamizaje cérvico-uterino, se observa que el 26,50% de mujeres con acceso inadecuado al servicio de salud no se realizan el Paptest.

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,000 < 0,05$), se acepta la hipótesis alterna. Las mujeres con acceso inadecuado son propensas a la no realización del test de Papanicolaou.

La asociación de estas dos variables es moderada. (v Cramer 0,281)

Cuadro 13. Correlación entre funcionalidad familiar y la realización del tamizaje cérvico-uterino

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	REALIZACIÓN DEL TAMIZAJE CERVICO-UTERINO				Total
	NO		SI		
	f	%	f	%	
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	1	50,00%	1	50,00%	100,0%
DISFUNCIONAL	14	17,50%	66	82,50%	100,0%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	9	5,10%	168	94,90%	100,0%
FUNCIONAL	14	19,70%	57	80,30%	100,0%
Total	38	11,50%	292	88,50%	100,0%

	Valor	GL	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,919	2	0.027

FUENTE: Investigación directa 2016. Base de datos del proyecto de investigación "Barreras de acceso al tamizaje cérvico-uterino Zumbi. Enero- Junio 2016., UNL-ASH
 ELABORACIÓN: Md. Karla Jiménez

Análisis e interpretación.

El cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar y la realización del tamizaje, se observa que el 50,0% de mujeres con familias severamente disfuncionales no se realizan el Paptest frente al 19,70% de mujeres con familias funcionales.

Existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p=0,027 < 0,05$), se acepta la hipótesis alterna. Las mujeres con familias severamente disfuncionales son propensas a la no realización del test de Papanicolaou.

La asociación de estas dos variables es débil. (v Cramer 0,122)

7. Discusión de Resultados

El presente estudio ha generado información valiosa en cuanto a las barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en las mujeres de 18-64 años de la parroquia urbana de Zumbi.

El éxito de la tarea de promoción de salud y prevención así como el diagnóstico temprano del cáncer se basan esencialmente en la reducción de la incidencia y la mortalidad, la cual se encuentra en gran medida en manos del equipo de Atención Primaria, en el que se considera como pilar fundamental el colectivo integral del Médico Familiar.

En cuanto a la edad, ha sido descrita como predictor para adherirse a la decisión del tamizaje cérvico uterino, siendo muchas veces señalada como el único determinante biológico. (Worthington C, 2012). (Reiter P, 2011) (Nelson W, 2009), lo cual coincide con la presente investigación, donde el el grupo etario más susceptible son las mujeres adolescentes y jóvenes

En relación al estado civil, el resultado más frecuentemente reportado en estudios es el que estar casada (Amonkar M, 2012) (Lale N, 2013) (Wall K, 2010) (Grange G, 2008) o la unión libre (Lin M., 2009) (De Albuquerque K, 2009) determina una mayor adherencia a la realización del tamizaje cérvico-uterino, lo cual concuerda con nuestra investigación, lo que probablemente estaría explicado porque la presencia de pareja requiere la utilización de un método de planificación familiar (Taylor V, 2009) lo cual llevaría a la mujer a consultar al Ginecólogo, exponiéndose a la toma del tamizaje cérvico-uterino.

El nivel de conocimiento y las creencias que la mujer tiene acerca del tamizaje cérvico-uterino y el cáncer de cérvix han sido motivo de múltiples investigaciones, reportándose que una mejor adherencia al tamizaje cérvico-uterino se produce en mujeres con mayor conocimiento, lo cual coincide con la presente investigación.(Eaker S, 2010) (Borrayo E, 2009) (Wall K, 2010) (Liao CC, 2009) (Nguyen-Truong C., 2012), y correctas creencias (Eaker S, 2010) (Grange G, 2008) (Ma G, 2009).

En cuanto al acceso al servicio de salud, la reforma Estructural de la Salud en Ecuador tiene por finalidad el logro de la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar cobertura universal en salud para todos los ecuatorianos; el Estado garantiza este derecho que incluye el acceso a cuidados preventivos y actividades de promoción de la salud, a servicios, tratamientos y prácticas adecuadas, seguras y de calidad.

En la literatura revisada no se encuentran estudios que demuestren la relación entre el acceso adecuado al servicio de salud y la realización del tamizaje cérvico-uterino.

En lo referente a funcionalidad familiar y realización del tamizaje cérvico uterino no existe literatura del análisis de estas dos variables, sin embargo, es bien reconocido que la familia tiene un papel importante dentro de la salud del individuo, ya que el bienestar y la seguridad de cada uno de los miembros son indispensables, para el efectivo cumplimiento de sus funciones específicas, y la protección de los más débiles, sirviendo de apoyo para su proceso evolutivo.

8. Conclusiones

- En la presente investigación existió un predominio de las mujeres jóvenes en un 40,3%, el estado civil más representado fue la unión libre con un 34,8%, en cuanto al nivel de instrucción predominó la secundaria incompleta 32,4%, las amas de casa estuvieron mayormente representadas en un 51,8%, la religión más practicada es la católica en un 90,6%, la mayoría de mujeres encuestadas refirieron una actitud favorable frente al Paptest en un 53,6%, cuando se indagó sobre el acceso al servicio de salud se advirtió que gozan de un acceso adecuado en un 74,8%, las mujeres mayoritariamente corresponden a hogares con familias moderadamente funcionales 53,6%

- Los factores que predisponen a las mujeres de 18 a 64 años de la parroquia Zumbi a no realizarse el tamizaje cérvico-uterino son: las edades menores adolescentes y joven (18- 39 años) las cuales se corresponden con un 15,4%, el estado civil: soltera viuda, divorciada (sin pareja) en un 20,7%, conocimientos inadecuados del Paptest en un 21,1%, acceso inadecuado al servicio de salud en un 26,5% y la disfuncionalidad familiar en un 17,5%.

- La accesibilidad a los servicios de salud es una de las bases para el sostén a largo plazo de estrategias de detección y tratamiento oportunos. Las dificultades para acceder a los servicios de salud y las dificultades en la comunicación repercuten en la salud de la población, en la calidad de la asistencia y en la utilización de los recursos sanitario.

- El acceso de las mujeres al tamizaje cérvico-uterino y por consiguiente la posibilidad de prevención, está cruzado por múltiples elementos culturales, económicos y políticos. El desconocimiento por parte del equipo de salud de estas dimensiones del problema, la fragmentación del trabajo y las dificultades para el trabajo interdisciplinario, la ausencia de estrategias que se orienten hacia el trabajo con la población son algunos de los factores que se consideran asociados a la baja cobertura de Papanicolaou en la parroquia Zumbi.

9. Recomendaciones

En base a los resultados alcanzados en la presente investigación, se ha planteado las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer el ámbito de aplicación del programa provincial de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, ya que, existe población de mujeres en distintos sitios de trabajo, las cuales por dificultades de tiempo tienen limitado acceso a la práctica de la toma del tamizaje cérvico-uterino
- Fortalecer las estrategias que permitan una toma del Papanicolaou, entrega de resultados y facilidades para el tratamiento en los casos requeridos.
- Modificar la estrategia de atención desde el actual (oferta de servicios disponibles a solicitud de los usuarios) a uno pro-activo en el cual sea el sistema que contacte regularmente a las usuarias para realizarse el tamizaje cérvico-uterino.
- Se debe organizar grupos de mujeres que participen activamente en su autocuidado, a través de un conocimiento profundo de lo que es su aparato reproductor femenino y lo que significa para su vida, salud y bienestar familiar y evitar en el futuro el cáncer cérvico uterino, y que el personal de los servicios de salud se involucre de una manera responsable para brindar apoyo, educación y acompañamiento a la mujer que decide realizarse el examen de Papanicolaou o asistencia y consejería a las mujeres renuentes a realizarse el examen.

10. Bibliografía

- Álvarez Castaño LS. (2009) Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud*; p. 69-79.
- Amonkar M, Madhavan S. Compliance rates and predictors of cancer screening recommendations among Appalachian women. *J Health Care Poor Underserved* 2012; p. 443-60.
- Branković I, Verdonk P, Klinge I. (2013) Applying a gender lens on human papillomavirus infection: cervical cancer screening, HPV DNA testing, and HPV vaccination. *International journal for equity in health*; p. 12 -14.
- Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; p. 47-54.
- Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. (2003) Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública México*; p. 408 - 416.
- Borrayo E, Thomas J, Lawsin C. (2007) Cervical cancer screening among Latinas: the importance of referral and participation in parallel cancer screening behaviors. *Womens Health*; p. 113-129.
- Cardoso Torrejón, R. (2012) Factores de riesgo del cáncer uterino. Estrategia de prevención. *Rev. Salud Total de la Mujer*; p. 23-31.
- Castaño, L. S. Á., & Stella, L. (2009). Los determinantes sociales de la Salud, más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia*, p. 69-79.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., & Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*; p. 49-63.
- Cesar J, Horta B, Gomes G, Houlthausen R, Willrich R, Kaercher A, Iastrenski F. Factors associated with non-participation in screening for cervical cancer in Southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; p.1365-1972.

- Chen LS, Chou YJ, Tsay JH, Lee CH, Chou P, Huang N. Variation in the cervical cancer screening compliance among women with disability. *J Med Screen* 2009; p.85-90.
- Chaudhry S, Fink A, Gelberg L, Brook R. Utilization of Papanicolaou smears by South Asian women living in the United States. *J Gen Intern Med* 2003; p.377-84
- De Albuquerque K, Frias P, de Andrade C, Aquino E, Menezes G, Szwarcwald C. (2009). Pap smear coverage and factors associated with non-participation in cervical cancer screening: an analysis of the cervical cancer prevention program in Pernambuco State, Brazil. *Cad Saude Publica*; p.301-309.
- Eaker S, Adami H, Sparén P. Reasons women do not attend screening for cervical cancer: a population based study in Sweden. *Prev Med* 2001; p.82-91.
- Eggleston KS, Coker AL, Das IP, Cordray ST, Luchok KJ. Understanding barriers for adherence to follow-up care for abnormal pap tests. *Journal of Women's Health*. 2007; p.311-30.
- Farmer P, Frenk J, Knaul FM, Shulman LN, Alleyne G, Armstrong L, et al. (2010) Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *The Lancet*; p.1186-1193.
- Fernández, M. (2011). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de La Facultad de Medicina. UNAM*; p. 5 - 9.
- Fernandez M, Lin J, Leong-Wu C, Aday L. (2009) Pap smear screening among Asian Pacific Islander women in a multisite community-based cancer screening program. *Health Promot Pract*; p. 210-221
- Fernandez-Esquer ME, Espinoza P, Ramirez AG, McAlister AL Repeated Pap smear screening *REV CHILOBSTET GINECOL* 2015; among Mexican-American women. *Health Educ Res* 2010; p. 477-487.
- Fernández-Ríos, L y García-Fernández, J (2000) La religión como recurso para la promoción de la salud. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, p. 23-56.
- Gaytán-Hernández, J. (2013). Desempeño del personal de salud en la toma de las citologías cervicales: conocimientos teóricos y ejecución práctica. *Ginecol*

Obstet Mex.; p. 232-237

Grange G, Malvy D, Lancon F, Gaudin AF, ElHasnaoui A. (2008) Factors associated with regular cervical cancer screening. *Int J Gynaecol Obstet*; p. 28-33.

Lale N, Öry F, Detmar S. (2013). Factors associated with non-participation of Turkish women to cervical cancer screening in the Netherlands. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*; p. 81:184.

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. REGISTRÓ OFICIAL No. 349 de 5 de septiembre del 2006; p. 2-7

Levine R, Glassman A, (2010). *La salud de la mujer en América Latina y el Caribe*; p. 32 - 45.

Lin M, Moskowitz J, Kazinets G, Ivey S, Kim YB, Mc- Donnell D. (2009). Adherence to Pap test guidelines: Variation among Asians in California. *Ethn Dis*; p. 425- 432.

Liao CC, Wang HY, Lin RS, Hsieh CY, Sung FC. (2009) Addressing Taiwan's high incidence of cervical cancer: factors associated with the Nation's low compliance with Papanicolaou screening in Taiwan. *Public Health*; p.1170-1176.

Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH (2013). Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? *International journal of Women's Health*; p. 5:29.

Ma G, Toubbeh J, Wang M, Shive S, Cooper L, Pham A. (2009) Factors associated with cervical cancer screening compliance and noncompliance among Chinese, Korean, Vietnamese, and Cambodian Women. *J Natl Med Assoc*; p. 541-51

Maganto M, (2010). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*; p. 1–13.

MacLaughlan S, Lachance J, Gjelsvik A. (2011) Correlation between smoking status and cervical cancer screening: a cross-sectional study. *J Low Genit Tract Dis*; p. 114-119.

- Ministerio de Salud Pública MSP (2007). Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. República del Ecuador. Consejo Nacional de Salud 4ª Reimpresión.
- Mise, P., Serrano M, (2014). Funcionalidad de las relaciones intrafamiliares en los pacientes con cáncer Domestic relations functionality in patients with cancer Abstract Relações domésticas funcionalidade em pacientes com câncer Resumo; p. 27–34
- Nelson W, Moser R, Gaffey A, Waldron W. (2009) Adherence to cervical cancer screening guidelines for U.S. women aged 25–64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). J Womens Health; p. 1759-1768.
- Nguyen-Truong C. Lee-Lin F, Leo M, C., Gedaly-Duff V, Nail L, Wang P, Tran T. A (2012) Community-based participatory research approach to understanding Pap testing adherence among Vietnamese American immigrants. JOGNN; p. 26-40.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (2010). Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; p. 273-275.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2007). Control of cancer of the cervix uterino. Bull Who; p. 578-93.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Situación del CaCu en la América. PAHO: [Internet] 2007. Disponible en: www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/cancer
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva: Interacción prestadores de servicios/usuarios(os): eje fundamental de una buena atención en salud sexual y reproductiva; p. 456-468
- Parikh S, Brennan P, Boffetta P. (2003). Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. International Journal of Cancer; p. 687-91.
- Park S, Chang S, Chung C.(2005) Effects of a cognition emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. Public Health Nurs; p. 289-98.

- Pino M, A. (2012). Cobertura de PAP: barreras que determinan su accesibilidad en el primer nivel de atención. *General, Medicina Familiar y General accesibilidad en el primer nivel de atención*, Vol. 9 N° 1
- Pruitt SL, Shim MJ, Mullen PD, Vernon SW, Amick BC. (2009). Association of area socioeconomic status and breast, cervical, and colorectal cancer screening: a systematic review. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention.*; p. 2579-99.
- Rebolj, M., et, al., (2012). Risk of cervical cancer after completed post-treatment follow-up of cervical intraepithelial neoplasia: population based cohort study. *British Medical Journal. Research Ed.* e6855. <http://doi.org/10.1136/bmj.e6855>
- Reiter P, Linnan L. (2011) Cancer screening behaviors of African American Women enrolled in a community based cancer prevention trial. *J Womens Health* ; p. 429-438.
- Ríos Lorente J, et, al., (2010). Sistema de funcionamiento de la sección de prevención del cáncer genital femenino. *Patología cervical detectada en los últimos cinco años. Toko-Ginec. Práctica*; p. 598- 609.
- Sherris J, Wittet S, Kleine A, Sellors J, Luciani S, Sankaranarayanan R y Barone MA. (2010) Enfoques basados en evidencia para el tamizaje alternativo del cáncer cervical, en entornos de bajos recursos. ACCP, OPS, IARC y PATH. Edición Especial; p, 9-14
- Shepherd, J., Weston, R., Peersman, G., & Napuli, I. Z. (2000). Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; p-234-239.
- Simou E, Foundoulakis E, Kourlaba G, Maniadakis N. (2010) Factors associated with the use of preventive services by women in Greece. *Eur J Public Health*; p, 512-519.
- Stanley M. Prospects for new human papillomavirus vaccines. (2010) *Curr Opin Infect Dis*; p, 70 - 75.
- Seffen, PR, Hinderliter, AL, Blumenthal, JA y Sherwood, A (2010) Religious coping, ethnicity, and ambulatory blood pressure. *Psychosom Med*, p.523-530

- Taylor V, Yasui Y, Burke N, Nguyen T, Acorda E, Thai H, Qu P, Jackson JC. (2009). Pap testing adherence among Vietnamese American women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* p.613-619.
- Thorensen, CE y Harris, AHS (2012) Spirituality and Health. What's the Evidence and What's Needed? *Annals of Behavioral Medicine*, p. 3-13.
- Uzcátegui Y, Lorenzo C, González M. (2012) Patología vaginal: utilidad de la citología y la colposcopia como métodos diagnósticos. *Rev Obstet y Ginecol Ven.*; p. 161-170.
- Van Leeuwen A, de Nooijer P, Hop W. (2005) Screening for cervical carcinoma. Participation and results for ethnic groups and socioeconomic status. *Cancer Cytopathol*; p. 270-276.
- Vargas-Hernández, Vargas-Aguilar & Tovar-Rodríguez, (2015). Detección primaria del cáncer cervicouterino. *Cirugía y Cirujanos*, p. 1–6. <http://doi.org/10.1016/j.circir.2014.09.001>
- Vargas-Hernández VM, Acosta-Altamirano G. (2012) Prevención primaria del cáncer cervicouterino. *Cir.*; p. 291-300.
- Wall K, Nuñez G, Salinas-Martínez A, Baraniuk S, Day RS. (2010). Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. *J Womens Health*; p. 1263-1270.
- Williams J, Santoso J, Ling F, Przepiorka D. (2010). Pap smear noncompliance among female obstetrics-gynecology residents. *Gynecol Oncol*; p. 597-600.
- Worthington C, McLeish K, Fuller-Thomson E. (2012) Adherence over time to cervical cancer screening guidelines: Insights from the Canadian National Population Health Survey. *J Women's Health*; p. 199-208.
- Zamberlin, Nina. (2011). Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Papanicolaou. Programa Nacional de Prevención de cáncer Cérvico Uterino. OPS; p. 43.
- Zaldívar, D. Funcionamiento Familiar Saludable.2007; Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=14489>

11. Anexos

Anexo 1: ENCUESTA

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulada:

“Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016. Solicito su participación de manera anónima, desarrollando cada pregunta de manera objetiva

La información es de carácter confidencial y reservado; los resultados serán manejados solo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su valiosa colaboración

Lea detenidamente las preguntas y marque con una X donde crea conveniente.

1.- DATOS GENERALES:

EDAD: 18-22 () 23- 27 () 28- 32 () 33- 37 () 38-42 () 43-47 () 48-52 ()

53-57() 58-62 () 63 y más ()

ESTADO CIVIL: Soltera () Unión Libre () Casada () Divorciada () Viuda ()

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Analfabeta () Primaria completa() Primaria incompleta () Secundaria completa() Secundaria incompleta() Superior completa () Superior incompleta

CONDICION DE ACTIVIDAD: Empleado público () Empleado privado() Trabajador independiente() Estudiante () Ama de casa () Jubilado/pensionado() Desempleado ()

2.-DATOS ESPECÍFICOS

2.1.-FACTORES CULTURALES: CONOCIMIENTO DEL PAPANICOLAOU

¿Conocimientos propios del Papanicolaou?

Muy malos () Malos () Regular () Buenos() Muy Buenos ()

¿Conoce usted si el Papanicolaou es un examen para detectar cáncer cérvico-uterino?

Desconoce () Si () No()

¿Se ha realizado alguna vez el Papanicolaou? No recuerda () SI-----NO--

¿Sabe de dónde se toma la muestra para el Papanicolaou? SI----- NO-----

¿Cómo reconoce la utilidad del Papanicolaou?

No es útil () Apenas Útil () Útil () Muy Útil ()

¿Sabe Ud. con qué frecuencia debe realizarse Ud. el Papanicolaou?

Desconozco () Cada 6 meses () 1 vez al año () 3 veces al año () 1 vez cada 2 o 3 años ()

¿Ud. cree que es importante realizarse el Papanicolaou?

No es importante () Levemente importante () Moderadamente Importante() Muy importante()

2.2.- FACTORES INDIVIDUALES

Ud. ¿Tiene miedo a realizarse el Papanicolaou? Nada () Poco () Bastante () Mucho ()

Ud. ¿Tiene miedo al resultado del Papanicolaou? Nada () Poco () Bastante () Mucho ()

¿Ud. Siente incomodidad o molestia durante la prueba de Papanicolaou?

Nada () Poco () bastante () Mucho ()

¿Ud. Siente vergüenza cuando es hombre el profesional para realizarle el examen?

Le es indiferente () Muy Poco () Poco () Bastante () Mucho ()

¿Su pareja influye en la decisión para realizarle del examen?

Le es indiferente () Muy poco () Poco () Bastante () Mucho ()

2.3.-FACTORES DEMOGRÁFICOS

¿Le es fácil llegar al centro de salud de Zumbi para realizarse el Papanicolaou?

Muy difícil () Difícil () Fácil () Muy Fácil ()

Tiempo que le toma llegar al Centro de Salud de Zumbi

1-15 minutos () 16-30 minutos () 31-45 minutos () 46-60 minutos () Más de 1 hora ()

¿En dónde se realizó el último Papanicolaou?

Centro de Salud de Zumbi () Seguro Social () Solca () Privado ()

Hospital de Yanzatza () Hospital de Zamora () Otro ()

Especifique:.....

¿Por qué se realizó en este lugar el Papanicolaou?

Le Queda más cerca () Hay médico Mujer () Hay especialista ()

Entregan más pronto los resultados () Porque la mandaron ()

2.4. FACTORES RELACIONADOS AL SERVICIO DE SALUD:

¿Ha recibido información sobre la importancia del examen del Papanicolaou por parte del personal del Centro de Salud de Zumbi?

No () No recuerda () Pocas veces () Muchas veces ()

¿De quién ha recibido información sobre el Papanicolaou?

Enfermera () Obstetriz () Médico/a ()

Otros..... Quien?:.....

¿Se le han informado los horarios en que puede acudir a la realización del examen del Papanicolaou? ¿Cuáles son? a) Por las mañanas() b) En las tardes()c) Ambos ()

¿Cómo ha sido el trato que ha recibido en el servicio de medicina preventiva del Centro de Salud de Zumbi? a) Excelente () b) Bueno () c) Regular () d) Malo()

Anexo 2. CUESTIONARIO DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL. Marque con una x según considere:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1 Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2 En mi casa predomina la armonía					
3 En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles					
8 Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
TOTAL					

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Descripción:

Usted ha sido invitada a participar en una investigación titulada: **“Barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 18 - 64 años. Zumbi, Enero-Julio 2016.”**. Esta investigación es realizada por Dra. Karla Estefanía Jiménez Coronel, postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Nacional de Loja (UNL). El propósito de esta investigación es determinar las barreras en la realización del tamizaje de cáncer cérvico-uterino y su relación con la funcionalidad familiar. Se aplicarán un cuestionario estructurado de preguntas que deberá de contestar de manera clara, precisa y veraz. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 330 mujeres como voluntarias. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara su colaboración para el llenado del cuestionario y da su permiso para usar datos de forma anónima. El participar en este estudio le tomará un tiempo de 20 a 30 minutos.

Riesgos y beneficios:

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, más puede causar incomodidad por indagar en la vida de la paciente, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes no se consignarán los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre las barreras de acceso y su relación con la funcionalidad familiar que influyen en la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil.

Confidencialidad:

Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos: Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma de la participante

Fecha:

ANEXO 4.

HOJA DE RUTA Y ALEATORIZACIÓN DE LOS BARRIOS URBANOS DE LA PARROQUIA ZUMBI

FECHA	HORA	NOMBRE DE BARRIO	MODALIDAD	NUMERO DE ENCUESTAS	OBSERVACIONES
16/05/2016	08H00-16H30	13 DE JUNIO	PRESENCIAL	30	Accesible
17/05/2016 18-05-2016	08H00-16H30	CENTRAL	PRESENCIAL	45	Poco accesible por actividades de participantes
19/05/2016	08H00-16H30	SAN CARLOS	PRESENCIAL	26	Accesible
20/05/2016	08H00-16H30	LAURELES	PRESENCIAL	26	Accesible
23/05/2016	08H00-16H30	SAN JOSE	PRESENCIAL	27	Accesible
24/05/2016 25-05/2016 26/05/2016	08H00-16H30	JAIME ROLDOS	PRESENCIAL	43	Poco accesible por actividades de participantes
04/07/2016	08H00-16H30	REINA DEL CISNE	PRESENCIAL	32	Accesible
05/07/2016	08H00-16H30	SAN ANTONIO	PRESENCIAL	30	Poco accesible por actividades de participantes
06/07/2016	08H00-16H30	SAN FRANCISCO	PRESENCIAL	27	Accesible
07/07/2016	08H00-16H30	JUAN SOLIS	PRESENCIAL	23	Accesible
08/07/2016	08H00-16H30	SAN LUIS	PRESENCIAL	21	Accesible
TOTAL				330	