



Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010*

Level of knowledges, attitudes and practices of pap test in women of Chiclayo during 2010

Manuel Seminario-Pintado^{1,3,a}, Dially Chero-Farro^{1,b},
Fiorella Colorado-Julca^{1,b}, Sara Gómez-Palacios^{1,b},
Zarela Lamas-Ramírez^{1,b}, Cecilia Parraguez-Mendoza^{1,b},
María Alejandra Villalobos-Aguinaga^{1,b}, Franco E. León-Jiménez^{1,2,4,c}

RESUMEN

Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años. Diseño descriptivo, transversal; se entrevistaron 116 mujeres, 44,8 % tuvieron nivel alto de conocimientos, 47,4% actitud favorable y 38,8%, nivel de prácticas correcto. En las mujeres con actitud desfavorable con respecto al PAP se halló 5,6 veces más probabilidades de solamente haber concluido estudios en el colegio: OR: 5,6 (IC95%: 2,2-15,23 p < 0,05). El motivo más frecuente por el que no se habrían realizado el test, fue por falta de tiempo.

Palabras clave: Papanicolaou, Cáncer de Cuello Uterino, Conocimientos, Actitudes, Prácticas. (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

*To evaluate the level of knowledge, attitudes and practices regarding the Papanicolaou test in women from 20 to 45 years from Chiclayo during 2010. Descriptive, cross-sectional, prospective study; 116 women were interviewed. The mean age was 33,5 ± 7,6 years; 44,8% had a high level of knowledge, 47,4% had favorable attitudes and 38,8% good practices. The odds of the women with unfavorable attitude toward PAP was 5,6 of only having concluded the school studies: OR:5,6 (IC: 2,2-15,23 p < 0,05). **Conclusions:** The levels of knowledge, attitudes and practices are low in this population; an association was found between level of attitudes and educational level; the main reason why women have not performed PAP was lack of time.*

Keywords: Papanicolaou, Cervical uterine cancer, Knowledges, Attitudes, Practices. (Source: MeSH NLM)

1. Escuela de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo - Perú.
 2. Coordinador del Área de investigación. Escuela de Medicina USAT.
 3. Hospital Nacional "Almazor Aguinaga Asenjo".
 4. Hospital Regional MINSAL de Lambayeque
- a. Médico Ginecólogo
 - b. Estudiante de Medicina
 - c. Médico Internista

* Trabajo realizado con el apoyo de la Universidad Católica "Santo Toribio de Mogrovejo".

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en la población femenina en el mundo. Aproximadamente afecta a medio millón de personas en el mundo y América del Sur tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix más altas del mundo⁽¹⁾; en nuestro país ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 6 800 casos entre 2000 y 2004⁽²⁾.

La infección por el Papiloma virus humano (PVH) es el principal mecanismo implicado. Aproximadamente trascurren entre 15 a 20 años entre la infección por PVH y el desarrollo de Cáncer de cérvix⁽³⁾. Según la Organización Mundial de la salud, el tamizaje es la aplicación sistemática de una prueba de detección en una población presumiblemente asintomática. Su objetivo es identificar individuos con una anomalía indicativa de un cáncer específico⁽⁴⁾.

En el caso del cáncer de cuello uterino el tamizaje permite detectar cambios citológicos tempranos, mediante una muestra citológica exfoliativa, conocida como el test de Papanicolaou (PAP); debe ser realizado en todas las mujeres sexualmente activas. Según las guías clínicas del 2009 del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) el screening del cáncer de cérvix debería hacerse a los 21 años,

realizándose cada dos años hasta los 29 años; a partir de los 30 en las mujeres que tienen tres citologías negativas la medida más costo efectiva sería hacerse el estudio cada 2 o 3 años⁽⁵⁾; su uso periódico reduciría de manera importante la morbimortalidad por éste cáncer.

En una revisión sistemática del año 2000, desarrollada por Nanda K et al. en los Estados Unidos, se evaluó la sensibilidad y especificidad del PAP, encontrándose gran heterogeneidad en los 94 estudios hallados. En los 12 estudios incluidos con menor riesgo de sesgo, la sensibilidad presentó valores desde 30% a 87% y la especificidad de 86%⁽⁶⁾.

Es de suma importancia considerar el grado de aceptación al PAP por parte de las mujeres. En un estudio cualitativo en Malasia las mujeres reportaron que dos de los motivos más importantes para no hacerse la prueba eran la vergüenza y la falta de tiempo⁽⁷⁾. En otro estudio cualitativo desarrollado mediante la técnica de grupos focales se determinaron que los factores relacionados a la aceptabilidad de los pacientes al PAP fueron: tener acceso a hacer preguntas a sus médicos sin barreras, tiempo de esperas prolongados, tener con quien dejara a sus hijos o el tiempo invertido en el transporte hacia el lugar de toma de muestra.

En un estudio cualitativo en Malasia las mujeres reportaron que dos de los motivos más importantes para no hacerse la prueba eran la vergüenza y la falta de tiempo⁽⁷⁾. En otro estudio desarrollado mediante la técnica de grupos focales se determinaron que los factores relacionados a la aceptabilidad de los pacientes al PAP fueron: tener acceso a hacer preguntas a sus médicos sin barreras, tiempo de esperas prolongados, tener con quien dejara a sus hijos o el tiempo invertido en el transporte hacia el lugar de toma de muestra.

La privacidad, la información y la incomodidad y la humillación durante el examen fueron los aspectos más mencionados⁽⁸⁾. El estudio transversal de Bazán F desarrollado en Lima mostró que 27 mujeres (31,9%) nunca se había realizado un PAP y 16 (13,8%) se lo había realizado solo una vez en su vida que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionada a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la participante⁽⁹⁾.

En el estudio analítico transversal de Huamaní y colaboradores se encontró que la prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, historia inadecuada de PAP y haber tenido más de dos parejas sexuales⁽¹⁰⁾.

Los datos en la región Lambayeque en relación a que saben, que hacen y como piensan las mujeres en relación al PAP son inexistentes; se percibe desconocimiento y resistencia a realizarse el test.

El objetivo general del estudio fue evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años del distrito de Chiclayo durante el 2010.

EL ESTUDIO

Tipo y diseño de estudio: Estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, transversal, prospectivo.

Población: la población diana fueron las mujeres entre 20 y 45

años con residencia fija en Chiclayo.

Criterio de inclusión:

Mujeres que se hayan realizado el test de PAP menos de 2 veces.

Criterio de Exclusión

Mujeres con antecedente de cáncer de cuello uterino tratado o no.

Se consideró el distrito de Chiclayo la zona comprendida entre las avenidas Luis González, Pedro Ruiz, Sáenz Peña y José Leonardo Ortiz, dividido en 4 sectores arbitrariamente divididos; se excluyó el centro del distrito por ser zona comercial. El muestreo fue probabilístico, aleatorio, polietápico, estratificado; siendo las manzanas de cada sector, la unidad primaria de muestreo, las casas de cada manzana las unidades de muestreo secundario y una mujer de cada casa elegida, la unidad de análisis. Con un tamaño poblacional de 56, 229 habitantes según datos del INEI del 2007 con proyecciones al 2010⁽¹¹⁾, un nivel de significación del 95%, un nivel de precisión entre 5 y 10 y un efecto de diseño de 1.0, se obtuvo mediante Epidat versión 3,1 un tamaño de muestra de 120 mujeres.

Instrumento: Se elaboró un primer constructo en base al cuestionario estructurado por juicio de expertos utilizado por Bazán en Lima en el año 2006⁽⁹⁾; se solicitó la aprobación del autor para la modificación parcial del instrumento; en base a 6 preguntas abiertas a una muestra no probabilística de 20 mujeres del distrito, se agregaron algunos aspectos al cuestionario; este constructo fue enviado a expertos (un ginecólogo y un doctor en bioética) se elaboró un primer constructo el que fue aplicado en un estudio piloto a otras 20 mujeres del distrito, para comprobar su inteligibilidad y pertinencia, definiéndose un instrumento de 16 preguntas cerradas, una primera parte de datos epidemiológicos y tres partes correspondientes a conocimientos, actitudes y prácticas. En el cuestionario se consideró nivel de conocimientos alto (si respondía correctamente a las 3 preguntas), nivel intermedio (2 respuestas correctas) y nivel bajo (≤ 1 respuesta correcta); Actitud favorable (si respondía correctamente a las 3 preguntas) y desfavorable (≤ 2 respuestas correctas); Nivel de Prácticas correcta (Si respondía correctamente a 2 o más preguntas) e incorrecta (≤ 1 respuesta correcta).

Se utilizó estadística descriptiva; posteriormente un análisis exploratorio bivariado; se utilizó el programa estadístico STATA versión 10, con un nivel de significancia $p < 0,05$ e intervalos de confianza de 95%. Los encuestadores fueron alumnos del segundo año de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo del curso de Metodología de la Investigación quienes recibieron entrenamiento en la aplicación del instrumento. El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la USAT. Todos los entrevistados recibieron una copia de Consentimiento informado.

HALLAZGOS

Se lograron encuestar sólo a 116 mujeres. La media de la edad fue de $33,5 \pm 7,6$; las medias de la edad fueron: $24,4 \pm 2,9$; $34,3 \pm 2,7$ y $43,1 \pm 1,7$ en los grupos etareos entre 20-29, 30-39 y 40-45 años, respectivamente; el grupo etáreo más numeroso fue el de 30 a 39 años con 41,4% mujeres. Con respecto a la

ocupación se encontró que 45 mujeres (39,1%) fueron amas de casa, 12 (10,4%) fueron estudiantes y 13 (11,3%) laboraban en el sector educación.

Con respecto al grado de instrucción se encontró que 7 mujeres (6,1%) refirieron haber estudiado solo primaria; 34 mujeres (29,6%) estudiaron hasta secundaria y 75 (65,2%) culminaron estudios superiores.

Se halló que 27 mujeres (31,9%) nunca se habían realizado un PAP y 16 (13,8%) se lo había realizado solo una vez en su vida En relación a las preguntas del cuestionario:

Conocimientos: La respuesta incorrecta más frecuente fue creer que “la muestra para el PAP proviene de la secreción vaginal”: 27 mujeres (23,3%); 16 mujeres (13,8%), respondieron que el PAP sirve para la “detección temprana de cáncer de vagina”. En relación a la frecuencia de toma del PAP, 90 mujeres (77,6%) respondieron correctamente; 9 mujeres (7,8%) respondieron que “se debe realizar 3 veces al año”; se encontró además que 16 mujeres (13,7%) no tenían ninguna información acerca de la frecuencia de toma de PAP

Actitudes: A la pregunta de ¿Cómo se sentiría al realizarse el test de PAP?, sólo 55 mujeres (47,4%), refirió “sentirse dispuesta”, mientras que 26 (22,4%) refirió “sentirse preocupada”, 19 (16,4%) “incomoda” y 16 (13,8%) “avergonzada”.

Todas las entrevistadas respondieron que era importante realizarse el PAP periódicamente; 115 mujeres (99,1%) mencionaron “tener interés por conocer más sobre la prueba de PAP”.

Prácticas: A la pregunta sobre la frecuencia en que las encuestadas se realizan el PAP, 51 mujeres (44%) mencionaron una frecuencia adecuada; 37 (31,9%) nunca se lo había realizado y 16 (13,8%) solo una vez en toda su vida.

Cuando se les preguntó cuál fue el motivo más importante que las llevó a hacerse un PAP, 48 (41,4%) mencionaron que fue “por iniciativa propia” y 18 (15,5%) lo hicieron por “solicitud médica”; 33 mujeres (28,4%) señalaron a los consultorios particulares como los lugares más concurridos para la realización del PAP, 23 (19,8%) al hospital; 17 (14,7%) a los “centros de salud” y 10 (8,6%) a las “postas de salud”. La distribución de los conocimientos, actitudes y prácticas se muestra en la **Tabla 1**

En el análisis bivariado no se halló asociación entre el grado de instrucción de las mujeres y el nivel de prácticas; tampoco se halló asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos. El odds de prevalencia de las mujeres que sólo habían culminado estudios en el colegio en relación con el resto fue de 5,6 (IC95%: 2,2-15,23, p<0,05) para presentar una actitud desfavorable en relación al PAP. No se encontró asociación entre el haber iniciado vida sexual y los conocimientos, actitudes ni prácticas. Tampoco asociación

Tabla 1: Distribución de conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al PAP

VARIABLE	NIVEL					
	ALTO		INTERMEDIO		BAJO	
CONOCIMIENTOS	N	%	N	%	N	%
	52	44,8	28	24,1	36	31
ACTITUDES	FAVORABLE			DESFAVORABLE		
	N	%	N	%		
	55	47,4	61	52,6		
PRÁCTICAS	CORRECTO			INCORRECTO		
	N	%	N	%		
	45	38,8	71	61,2		

entre la edad, los conocimientos, actitudes y prácticas.

El principal motivo que refirieron el total de mujeres para no haberse realizado un Papanicolaou fue por falta de tiempo: 18 (15,5%). En las mujeres sexualmente activas el principal motivo para no haberse realizado el PAP fue “el pensar que el examen es doloroso”: 10 mujeres (8,6%), por “no tener síntomas”: 8 mujeres (6,9%), “sentir vergüenza”: 4 mujeres (3,4%) y “falta de tiempo”: 4 mujeres (3,4%), por “desconocer el test”: 2 mujeres (1,7%) y “falta de dinero” : 2 mujeres (1,7%). En las mujeres que se han realizado el test una sola vez el principal motivo de no realización fue la “falta de tiempo”: 14 mujeres (12,1%), (14 mujeres), por “temor a los resultados”: 6 mujeres (5,2%), por “demora en obtención de resultados”: 4 mujeres (3,4%), por “falta de dinero”: 3 mujeres (2,6%) y “por no ser de su agrado”: 3 mujeres (2,6%) y 1 paciente (0,9%) por creer que es “una prueba innecesaria”.

DISCUSION

Habría que mencionar que los límites catastrales señalados en éste estudio corresponden al Cercado de Chiclayo. Existen nuevas urbanizaciones que no han sido consideradas para el muestreo. Sin embargo los resultados del estudio son interesantes. La mayoría de encuestadas fueron amas de casa probablemente por el momento del día en el que se realizó el levantamiento de datos (por la mañana y la tarde de Lunes a Viernes). Llama la atención que más del 65% de las encuestadas tengan estudios superiores, lo que contrasta con lo encontrado por Bazán F et al. y Huamani et al. en Lima: 37,8% y 54,4%, respectivamente ^{(9),(10)}. Sin embargo no se consideró en las preguntas si los estudios superiores eran estudios universitarios y/o técnicos. La diferencia en el nivel de conocimientos intermedio y bajo difiere del 84,9% encontrado por Bazán F ⁽⁹⁾ y del 74,5% encontrado por Barandaran R. en una población Iraní ⁽¹²⁾; hay que tener en cuenta la diferencias sociodemográficas de las poblaciones y la variación del instrumento en los 3 trabajos. En el análisis bivariado no se halló asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos a diferencia de los estudios de Bazán F y Castro M en los que se asociaron estadísticamente ^(9,11). Está demostrado que un mayor nivel de conocimientos se asocia a una probabilidad mayor en el uso de PAP ⁽¹¹⁾. El dato del número de tomas de PAP no se obtuvo en éste trabajo. En ningún otro estudio revisado por los investigadores se describe que la encuestadas creyeran que el PAP se obtenga de secreción vaginal o que sirva para el diagnóstico de Cáncer de vagina.

En relación a actitudes, en el 47,4% fue favorable difiriendo de estudios como el de Bazán F en el que sólo fue de 34% pero

mucho menor al encontrado en el estudio de Huamani C: 81,3%. Hay considerar las diferencias en el constructo en los tres trabajos.

Se evidenció prácticas incorrectas en 61,2% mujeres que se acerca a lo encontrado por Bazán F en Lima (71,3%), a pesar de las diferencias de la muestra y del nivel educativo, llama la atención que un alarmante 31,9% nunca se había realizado el examen y el 13,8% se lo había realizado solo una vez en su vida, hallazgo similar a lo encontrado por Bazán F⁽⁹⁾, y difiere bastante de una población alemana estudiada por Klug en la que el 94,2%, se había realizado este examen al menos alguna vez⁽⁸⁾.

En una exploración inicial, no se halló una asociación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de prácticas, además se halló asociación estadísticamente significativa entre actitudes y grado de instrucción, evidenciando que las mujeres con actitud desfavorable en relación al PAP, tuvieron 5,6 veces mayor probabilidad de no tener estudios superiores, similar a lo encontrado por Bazán F en Lima (9). El principal motivo por el cual las mujeres no se han realizado o no se han vuelto a realizar el examen fue falta de tiempo en su mayoría (15,5%) de las mujeres, en otras poblaciones hallaron como principal causa la preferencia de que el médico fuera mujer en primer lugar y la falta de tiempo en segundo lugar. En el estudio cualitativo por grupos focales de Valenzuela MT en Chile la demora en la atención, la multiplicidad de trámites, la falta de información al paciente, el temor (al dolor, a la “falta de esterilización del espéculo”), el pudor: no desear realizarse el PAP por un hombre y creencias erróneas (creer que sólo es para mujeres que aún mantenían una vida sexual o que podría “correr el dispositivo intrauterino”), fueron las barreras más frecuentemente halladas⁽¹³⁾.

En un estudio cualitativo en Malasia las mujeres reportaron que dos de los motivos más importantes para no hacerse la prueba eran la “vergüenza” y la “falta de tiempo”⁽⁷⁾, hallazgo similar a lo encontrado en ésta población. En otro estudio cualitativo desarrollado mediante la técnica de grupos focales se determinaron que los factores relacionados a la aceptabilidad de los pacientes al PAP fueron: tener acceso a hacer preguntas a sus médicos sin barreras, el tiempo de espera, tener con quien dejar a sus hijos o el tiempo invertido en el transporte hacia el lugar de toma de muestra para la toma de PAP⁽¹⁶⁾.

Además manifestaron el deseo de sentirse consideradas como personas que requieren una atención integral y no sólo enfocada en éste problema de salud; contar con privacidad durante el examen, encontrar respuestas del médico ante dudas acerca del cáncer de cuello uterino y finalmente la “incomodidad” durante el examen, reportado por las mujeres como “embarazoso y humillante”⁽⁸⁾.

Todas las entrevistadas respondieron que era importante realizarse el PAP periódicamente; 115 mujeres (99,1%) mencionaron “tener interés por conocer más sobre la prueba de PAP”; ello denota un interés por parte de las entrevistadas en el conocimiento de la enfermedad. Sin embargo el sesgo de cortesía es una posibilidad que se debe considerar.

Una de las limitaciones del estudio sería el que tiene validación sólo por expertos y estudio piloto sin cálculo de los coeficientes de alfa de Cronbach, correlación intraclase y análisis factorial al igual que los estudios de Huamani C⁽¹⁰⁾ en

Lima y de Bazán F⁽⁹⁾ y Castro M⁽¹¹⁾ en los cuales no se realizó validación estadística. No se aplicó un grupo focal para el constructo pero se realizó un survey cualitativo con preguntas norteadoras en 20 mujeres del distrito. Ello nos impide aseverar que el instrumento utilizado tiene una confiabilidad y validez indiscutible. Sin embargo nos sirve para la toma de datos iniciales; se planea próximamente desarrollar el proceso de validación del instrumento.

A diferencia de otros estudios como el de Castro M en San Juan de Lurigancho en Lima, debemos mencionar que no se obtuvieron datos más precisos sobre historia sexual como número de parejas y edad de inicio de vida sexual así como del número de embarazos que podrían haber enriquecido los resultados⁽¹¹⁾. Otro dato importante no obtenido es el número de promedios de toma de PAP por mujer encuestada.

Se desprende de éste estudio un bajo nivel de conocimientos, una desfavorable actitud y prácticas incorrectas en relación al PAP en esta población Lambayecana. Las bondades del PAP están ya demostradas⁽¹⁴⁾. En una revisión sistemática del año 2000, desarrollada por Nanda K et al. en los Estados Unidos, se evaluó la sensibilidad y especificidad del PAP, encontrándose gran heterogeneidad en los 94 estudios hallados. En los 12 estudios con menor riesgo de sesgo incluidos, la sensibilidad presentó valores desde 30% a 87% y la especificidad de 86%⁽⁸⁾. Ésta tecnología sanitaria ha demostrado disminuir la morbimortalidad por cáncer, sin embargo, si ésta no es aceptada por la población blanco como medida de tamizaje los resultados de su utilización serán discutibles.

Para la Organización Mundial de la Salud, es imprescindible realizar importantes esfuerzos para disipar los mitos, temores y dudas que suelen acompañar a cualquier consideración sobre cáncer. La educación en salud implica transmitir mensajes e información general actualizada sobre el cambio de conductas a personas y grupos. Los trabajadores de la sanidad (médicos, enfermeras, personal técnico) deben recibir formación sobre cómo realizar adecuadamente la prueba de tamizaje, cómo comunicarse de manera eficaz con las personas que se vayan a someter a tamizaje y cómo facilitar una asesoría apropiada y apoyo psicosocial cuando se necesite⁽⁶⁾. No se conocen si en el distrito de Chiclayo se han implementado éstas estrategias.

Es una revisión bibliográfica española del 2007 en la cual se vio cuales eran las barreras en relación al PAP se encontraron los siguientes datos: las mujeres tienen pobre información acerca del tamizaje y del proceso de comunicación de hallazgos, hay ausencia de material escrito acerca del tamizaje a pacientes, periodicidad, objetivos, población blanco, beneficios, riesgos y relación existente con Papiloma virus humano⁽¹⁵⁾.

Los resultados sugieren mejorar la información acerca del test de PAP brindada a las mujeres de la población general. Ello podría probablemente mejorar la credibilidad de éstas hacia la prueba.

Se concluyó lo siguiente:

- El nivel de conocimientos fue bajo, el nivel de actitudes fue desfavorable y el nivel de prácticas inadecuados en la población Lambayecana.
- Se encontró asociación entre el nivel de actitudes y el grado de instrucción.
- El principal motivo por el cual las mujeres no se habrían realizado el test, fue por falta de tiempo.

- Agradecimientos: a la Escuela de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrojevo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shanta V, Krishnamurthi S, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K. [Epidemiology of cancer of the cervix: global and national perspective](#). J Indian Med Assoc. 2000; 98(2):49-52.
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadística: perfil epidemiológico [página de internet]. Lima: INEN; 2006. [Fecha de acceso: diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos>
3. Cecelia H Boardman, Warner K Huh. Cervical Cancer. Medscape Reference Drugs, diseases and procedures. [página de internet] [Fecha de acceso: diciembre 2011]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/253513-overview#aw2aab6b2b2>
4. Control del Cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. OMS 2007 [Fecha de acceso: 03 de Enero 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547336_spa.pdf
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Cervical cytology screening. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2009Dec. 12p. (ACOG practice bulletin; no. 109). Available from: <http://guidelines.gov/content.aspx?f=rss&id=15274>
6. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, Matchar DB. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. Ann Intern Med. 2000 May 16;132(10):810-9
7. Dunn RA, Tan AK. Cervical cancer screening in Malaysia: Are targeted interventions necessary? Soc Sci Med. 2010 Sep;71(6):1089-93 (Fecha de acceso: 26 de Diciembre del 2012).
8. Klug S, Hetzer M, Blettner M. . European Journal of Public Health. 2005;15(1):70-7
9. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. [Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou](#). Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima. 2007; 68(1). p. 47-54.
10. Huamaní Ch, Hurtado A, Guardia-Ricra A, Roca J. [Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima](#), Perú 2007. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública 2008; 25(1). p. 44-50.
11. Castro M, Morfin M, Sánchez SE, Roca J, Sánchez E, Williams A W. [Nivel de conocimiento sobre el Cáncer Cervical y el Papanicolau en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje](#). Acta médica Peruana 2005 Vol 5 XXII N° 2
12. Baradaran R, Seydi S, Mohammad A. [Effects of 2 educational methods on the knowledge, attitude, and practice of women high school teachers in prevention of cervical cancer](#). Cancer Nursing. 2004;27(5):364-9.
13. Valenzuela MT, Miranda A. [¿Por qué NO me hago el Papanicolau? Barreras psicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile](#). Rev Chil Salud Pública 2001; Vol 5 (2-3): 75-80
14. Chow IH, Tang CH, You SL, Liao CH, Chu TY, Chen CJ, Chen CA, Pwu RF. [Cost-effectiveness analysis of human papillomavirus DNA testing and Pap smear for cervical cancer screening in a publicly financed health-care system](#). British Journal of Cancer 2010; 103(12): 1773-1782
15. Queiro T, Cerda T, Espana S. [Information to users on cancer screening in women: assessment of current situation and establishment of evidence-based information standards. Information to users on cervical cancer screening](#). Centre for reviews and Dissemination. National Institute for health research. Available in: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=320091>
16. Fitch MI, Greenberg M, Cava M, et al. [Exploring the barriers to cervical screening in an urban Canadian setting](#). Cancer Nurs 1998 Dec; 21:441-9.

Correspondencia:
Franco León Jiménez
Email: fleon@usat.edu.pe

Revisión de pares:
Recibido: 12/10/2011
Aceptado: 17/12/2011