



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL PUEBLO
JOVEN EL PROGRESO - CHIMBOTE - 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

AUTORA:

JESSICA LIZET CANO TOLEDO

ASESORA:

Mgtr. NELLY AMELIA SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE - PERÚ

-2016-

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL PUEBLO JOVEN EL
PROGRESO - CHIMBOTE - 2014

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Carmen Aguirre Espinoza

Secretaria

Mgtr. Melva Loyola Rodríguez

Miembro

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, que me ha dado la vida, salud y las fuerzas para culminar este proyecto de investigación.

A la **Mg. Nelly Solís Villanueva**, por su asesoría para la planificación, realización y culminación de esta tesis.

También a todas las personas que han colaborado de una y otra forma con la realización del proceso de la investigación.

DEDICATORIA

A mi familia, porque todo lo que soy se lo debo a ellos y por inculcar en mi la importancia de estudiar.

Gracias a sus enseñanzas y valores son los pilares de mi formación, tanto en el ámbito personal como académico.

Con todo amor y cariño a mis padres, por estar presentes en cada momento y circunstancia de mi vida brindándome fuerza y optimismo.

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo general:** Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período de Abril - Julio del 2014.

Metodología: Fue de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, de cohorte transversal de una sola casilla. La población lo constituyeron 665 mujeres en edad fértil, se utilizó el muestreo no probabilístico obteniendo una muestra de 150 mujeres en edad fértil.

Resultados: Fueron porcentajes casi paritarios donde el 52,0% de las mujeres no tuvieron conocimiento global sobre el Papanicolaou. Asimismo las brechas surgen a partir del 76,7% no conocían en qué casos no se debe tomar la muestra del Papanicolaou, y el 45,3% no conocían la importancia de su realización. Sin embargo la mayoría (92,7%) de las mujeres tuvieron una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou. En relación a las prácticas la mayoría (79,3%) de las mujeres tenían prácticas negativas. **Conclusión:** Las mujeres del pueblo joven El Progreso, tuvieron resultados casi paritarios acerca del conocimiento sobre la toma del Papanicolaou, muestran actitudes favorables, sin embargo existen brechas que postergan su realización manifestándose en prácticas negativas.

Palabras clave: Actitudes, Conocimientos, Papanicolaou, y Prácticas.

ABSTRACT

The research was **general objective:** To describe the knowledge, attitudes and practices regarding taking Papanicolaou in women of childbearing age young people El Progreso district of Chimbote during the period from April to July 2014. **Methodology:** It was a descriptive, quantitative level, cross-cohort one box. The population was constituted by 665 women of childbearing age, non-probability sampling was used to obtain a sample of 150 women. **Results:** There were almost joint percentages where 52.0% of women did not have comprehensive knowledge about the Papanicolaou test. Gaps also arise from 76.7% did not know in which cases should not take Papanicolaou sample, and 45.3% did not know the importance of implementation. However the majority (92.7%) of women had a favorable attitude towards taking Papanicolaou. In relation to the practices most (79.3%) of women had negative practices. **Conclusion:** Women of young people El Progreso, had almost joint results about knowledge about taking Papanicolaou show favorable attitudes, but there are gaps postpone its realization manifesting itself in negative practices.

Keywords: Attitudes, knowledge, Papanicolaou, and practice.

CONTENIDO

Título de la tesis	ii
Hoja de firma del jurado	iii
Hoja de agradecimiento	iv
Hoja de dedicatoria	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Contenido	viii
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xii
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. En relación al conocimiento sobre la Toma del Papanicolaou.	6
2.1.2. En relación a la actitud sobre la Toma del Papanicolaou	9
2.1.3. En relación a la práctica sobre la Toma del Papanicolaou	10
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1. Bases teóricas del conocimiento	13
A. Modelo cooperativo participativo	14
B. Principios de una intervención educativa	15
2.2.2. Bases teóricas de la actitud	18
A. Teorías del Aprendizaje	19

B. Teorías de la disonancia cognitiva	19
C. Perspectiva de la actitud	20
D. Tipos de actitud	21
E. La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud	22
2.2.3. Bases teóricas de la práctica	25
2.3. Marco conceptual	26
2.3.1. Aspectos conceptuales pertinentes	26
A. Cáncer de cuello uterino	26
B. Prevención primaria y secundaria	26
- Prevención Primaria	26
- Educación a la población	27
- Inmunización contra el Virus Papiloma Humano	27
- Prevención Secundaria	28
C. Frecuencia de la prueba del Papanicolaou	28
D. Requisitos para la prueba del Papanicolaou	29
E. Procedimiento de la prueba del Papanicolaou	29
2.3.3. Factores de riesgo asociados	31
A. El Virus Papiloma Humano	31
B. El consumo de tabaco	31
C. Sistema inmunológicos debilitados	31
D. Infección con clamidia	32
E. Píldoras anticonceptivas	32
F. Inicio de relaciones sexuales	32
G. Número de parejas sexuales	33

H. Embarazos múltiples	33
2.3.4. Clínica del cáncer y sintomatología	33
2.3.5. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino	34
2.3.6. El Sistema Bethesda	35
2.3.7. Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino	36
2.3.8. Modelo de nivel de salud de OMS	37
III. Metodología	38
3.1. Diseño de la investigación	38
3.2. Población y muestra	38
- Definición de matriz de operacionalización de variables	39
3.3. Técnicas e instrumento de medición	43
3.3.1. Técnica	43
3.3.2. Instrumento	43
3.3.3. Procedimiento	44
3.3.4. Plan de análisis	45
IV. Resultados	46
4.1. Resultados	46
4.2. Análisis de resultados	56
V. Conclusiones	60
Aspectos complementarios	62
Referencias bibliográficas	72
Anexos	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Conocimiento sobre la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014.	47
Tabla 02	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” Distrito Chimbote, 2014.	49
Tabla 03	Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014.	51
Tabla 04	Características sociodemográficas en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014.	52
Tabla 05	Características sexuales reproductivas en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014.	54

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 01** Gráfico circular sobre el conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014. 46
- Figura 02** Gráfico circular sobre la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014. 48
- Figura 03** Gráfico circular sobre la prácticas global sobre el Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven “El Progreso” - Distrito Chimbote, 2014. 50

I. Introducción

La OMS estima que en el Perú 2000 mujeres son diagnosticadas todos los años de cáncer de cuello uterino, la cual es considerada como la segunda neoplasia de mayor frecuencia. ⁽¹⁻²⁾ No hay duda de que se puede lograr una declinación en la incidencia de cáncer de cuello uterino, con programas bien implementados de tamizaje de la prueba del Papanicolaou (PAP). ⁽³⁾ Estudios muestran que un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionado a un mayor grado de conocimientos y actitudes de las participantes.

La prueba del Papanicolaou ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precancerosas, y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix, se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad. ⁽⁴⁾ Muchas veces el conocimiento respecto del Papanicolaou no es claro, y por esta razón probablemente, algunas mujeres no se realizan la toma del Papanicolaou de manera voluntaria. En cuanto a la actitud, la predisposición de las mujeres a la realización del Papanicolaou es buena pese al inadecuado conocimiento del mismo. En cuanto a la práctica, el Papanicolaou no es realizado por las mujeres de manera secuencial, debido probamente a la falta de orientación. ⁽⁵⁾

Así mismo existen limitaciones por parte de las mujeres para la aceptación y realización del procedimiento de la prueba del Papanicolaou, debido al desconocimiento del examen, miedo, temor, incomodidad, dolor y sangrado a la colocación del espéculo durante el examen. Una amplia cobertura, y elevados estándares de calidad en los programas de detección, son factores importantes para que el cáncer haya disminuido significativamente. ⁽⁶⁾ El distrito de Chimbote no es ajeno a esta realidad, se han diagnosticado 650 nuevos casos de cáncer cada año. Esta cifra se eleva por el crecimiento de la población, los malos hábitos de los ciudadanos. ⁽⁷⁾

Situación preocupante para las mujeres de edad fértil, dado que la gran mayoría aún permanece con desconocimiento sobre las medidas de prevención y autocuidado de su salud sexual y reproductiva, especialmente aquellas relacionadas con la toma de muestra del Papanicolaou. El pueblo joven “El Progreso”, ubicado en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, cuenta con un total de 2036 habitantes, calculando 665 mujeres en edad fértil, con características innatas y socio cultural de zona costera y un menor porcentaje provenientes de la serranía de Ancash, las mujeres generalmente se decidan al comercio independiente, otras son trabajadoras del hogar, por el horario de trabajo postergan la atención de los servicios de salud, así mismo tienden a ser pudorosas, algunas muestran baja autoestima, lo cual dificulta los procedimientos obstétricos en favor de su salud reproductiva.

Las actitudes y prácticas de las mujeres referidas al cuidado de su salud sexual, tienden a ser interferida por la libre información sobre sexualidad, provenientes de los diferentes medios de comunicación, la cual impulsa a prácticas negativas, como no acudir a tomarse una prueba de Papanicolaou, no se realizan exámenes de rutina para despistaje de cáncer, y tampoco de ITS/VIH/SIDA. La promiscuidad está presente en ambos géneros, y muchos de ellos visto como algo natural.

Por lo anterior expresado surgió la siguiente interrogante: *¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil, del pueblo joven El Progreso, Distrito de Chimbote durante el período de Abril – Julio 2014?* Para dar respuesta al problema, se planteó el objetivo general: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil, del pueblo joven El progreso, distrito de Chimbote en el período de Abril – Julio 2014.

Y así mismo para conseguir el objetivo general. Se plantearon seis objetivos específicos: Siendo el primero describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou en las mujeres en estudio. Luego identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen del Papanicolaou. En tercer plano identificar la actitud global frente a la toma de la prueba del Papanicolaou. Seguidamente identificar la actitud frente a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en estudio. Consecuentemente identificar las prácticas relacionadas con la toma del examen del Papanicolaou, motivos de la

prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en estudio. Finalmente se pretende describir las características Sociodemográficas, Sexuales y Reproductivas en las mujeres en estudio.

El estudio se justifica por enfocar los conocimientos, actitudes y las prácticas de las mujeres en estudio, contribuyendo teóricamente a la prevención del cáncer de cuello uterino, puesto que se va a identificar problemas de una realidad empírica y llevarla un método científico. Asimismo contribuirá socialmente a priorizar la salud de la mujer ya que es considerada el pilar fundamental de la familia. Se beneficiaran las mujeres del pueblo joven El Progreso, puesto que los resultados evidencian las brechas existentes, se propondrá estrategias y alianzas con los establecimientos de salud y para mejorar las medidas de prevención del cáncer de cérvix.

La metodología se centró en un estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño de cohorte transversal de una sola casilla. La población la constituyó un total de 665 mujeres en edad fértil que cumplan con los criterios de inclusión: Mujer residente por lo menos un año en el pueblo joven El Progreso, que comprendan entre la edad de 15 a 49 años, al momento de estudio. Están excluidas mujeres embarazadas, mujeres que rechacen participar en el estudio, mujeres con capacidades diferentes y mujeres con morbilidad mental. Para la obtención de la muestra se realizó a través del muestreo no probabilístico por cuota, quedando una muestra de 150 mujeres en edad fértil.

El capítulo I describe la epidemiología del cáncer cervicouterino y como amenaza la salud de las mujeres, haciendo énfasis en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención de ésta enfermedad, y la necesidad de contar con una línea de base; se plantea la problemática, se establece el objetivo general y los objetivos específicos, así como la justificación de la presente tesis. El capítulo II se refiere al marco teórico y la importancia que tiene el estudio de saber las brechas del conocimiento, que tendencias tienen las mujeres frente a la toma del Papanicolaou y cómo es la práctica diaria frente a la prevención de ésta. Se incluye los estudios previos a nivel nacional e internacional. El capítulo III hace mención al método y material utilizado declarando el tipo, nivel y diseño de estudio. El capítulo IV describe los resultados a partir de las variables principales abordadas y el análisis comparando con los resultados de estudios previos, dejando valor agregado. El capítulo V redacta las conclusiones a las que se llegaron con el estudio, las mismas que responden al capítulo del objetivo general y específicos de la tesis.

II. Revisión de la Literatura

2.1. Antecedentes:

2.1.1. En relación al Conocimiento sobre la Toma del Papanicolaou:

Producto de la revisión literal a nivel internacional se encuentra a **Cogollo. Z.** ⁽⁸⁾ en el año 2010, en la ciudad de Colombia, realizó un estudio donde el 42% de las mujeres tenían un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervicouterino, seguido por un nivel intermedio en el 40%. Según los reactivos estudiados, respecto a la pregunta sobre la zona donde se extrae la muestra del Papanicolaou para la detección temprana del cáncer cervical, el 57% respondió que se debe tomar en el cuello del útero, y el 23% considera que ésta proviene de la secreción vaginal. A la pregunta sobre cuál es el propósito de la prueba citológica, el 71% de las mujeres respondió que es detectar tempranamente el cáncer de cuello de uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Del mismo modo, **Tenorio. I.** ⁽⁹⁾ en la ciudad de Nicaragua obtuvo resultados semejantes al anterior estudio, explorando los reactivos sobre conocimiento de la prueba del Papanicolaou, refiriendo que el 57,3% de las mujeres conocen la utilidad de la prueba de citología cervical como método de diagnóstico para la detección de cáncer cervicouterino, un 41,3% respondieron que no conocen la utilidad de la prueba y un 1,3% refirió que sirve para detectar un embarazo. Sobre las condiciones para realizarse la prueba del Papanicolaou, un 84% sabe que la prueba no se debe realizar

durante el período menstrual, un 16% no reconocen esta condición. Un 40% respondieron que es importante la abstinencia sexual 48 horas previa a la realización de la prueba, el 60% no sabían de la condición.

Por otro lado en el año 2011, **Figuroa. N.** ⁽¹⁰⁾ en la ciudad de Colombia refiere en cuanto al nivel de conocimientos sobre la citología, aproximadamente el 88,3% de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente, solo el 16,7% manifestaron no saber o asociarlo a otro tipo de examen. En relación al sitio de la toma de la muestra presenta que el 45,3% conocen el lugar para la toma de la muestra, a diferencia que el 42% mencionó a la vagina como el sitio para la toma de ésta, aproximadamente el 11,3% manifestó no saber.

Así mismo **Beltrán. M.** en el año 2009 ⁽¹¹⁾ quién realizó una investigación acerca de los conocimientos sobre la toma de muestra del Papanicolaou en mujeres trujillanas concluyendo que el 65,10% muestran un nivel alto de conocimientos acerca del examen, frente a un 34,9% que desconocen sobre este test. Sin embargo, **Seminario. P. et al** ⁽¹²⁾ en el año siguiente, realizó una investigación en la ciudad de Chiclayo, con mujeres de 20 a 45 años, donde se reportó que el 44,8% tuvieron un nivel alto de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou. Según los reactivos explorados, las respuestas incorrectas más frecuentes es que el 23,3% de las mujeres creen que la muestra para el Papanicolaou proviene de la secreción vaginal, mientras que

el 13,8% respondieron que el Papanicolaou sirve para la detección temprana de cáncer vaginal.

En el año 2011, **Carrasco. J. y Valera. L.** ⁽¹³⁾ realizaron un estudio con el mismo grupo etario de mujeres en la ciudad de Tarapoto donde se encontraron que el 50,45% de la población entrevistada tienen un conocimiento alto sobre la prueba citológica, seguido de un 24,32% de mujeres que conocen regularmente y sólo el 25,3% tienen un nivel bajo de conocimientos lo que respecta a este examen.

Por otro lado, en el año 2013, **Guillermo. A.** ⁽¹⁴⁾ en su estudio realizado en el Hospital de “Mama Ashu”, distrito de Chacas, reportó que el 70,7% de mujeres no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del Papanicolaou, y el 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguido del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

2.1.2. En relación a las actitudes frente a la toma del Papanicolaou:

En los estudios a nivel internacional revelan resultados importantes, **Jaén. M.**⁽¹⁵⁾ en el año 2009, evidenció que la actitud hacia esta prueba no fue favorable. Las razones señaladas se relacionan con el tiempo en la entrega de los resultados, las otras fueron de índole personal, causando desagrado, ansiedad y por falta de tiempo. Un año después, **Cogollo. Z.**⁽⁰⁸⁾ informó que el 55,0% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba de citología cervicouterino, mientras que el 45% tienen una actitud favorable.

En el mismo año **Martínez. M. y Vázquez Sh.**⁽¹⁶⁾ evidenció lo contrario, el 91,4% de las mujeres presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y solo el 8,6% muestra una actitud indiferente. Por otra parte, estudios realizados en los diversos departamentos del Perú, se menciona a **Beltrán. M.**⁽¹¹⁾ en el año 2009, reportó que el 96,35% de las mujeres muestran una actitud favorable y aceptan a la toma del Papanicolaou como un estudio para la detección temprana de cáncer cervical, frente a un 3,65% que tienen una actitud desfavorable.

Por consiguiente, **Seminario, P. et al**⁽¹²⁾ en el año 2011, obtuvo resultados muy distintos a la anterior investigación pues, el 52,6% manifiestan tener una actitud desfavorable sobre el examen del Papanicolaou frente a un 47,4% que muestran una actitud favorable. Según los reactivos estudiados se encontró que cuando se le pregunta a las mujeres ¿Cómo se sentiría al realizarse el test

de Papanicolaou?, sólo el 47,4% mujeres, refirió “sentirse dispuesta”, mientras que 22,4% refirió “sentirse preocupada”, 16,4% “incomoda” y 13,8% “avergonzada”. Por otro lado **Carrasco. J. y Valera. L.** ⁽¹³⁾ en su estudio revelaron que el 54,05% de las mujeres entrevistadas tienen una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou y un 24,32% poseen una actitud desfavorable y el 21,62% se muestran indiferentes. Dos años más tarde, **Guillermo. A.** ⁽¹⁴⁾ reportó que el 92% de las entrevistadas tienen una actitud favorable y un 8% una actitud desfavorable sobre la toma del Papanicolaou.

2.1.3. En relación a las prácticas frente a la toma del Papanicolaou:

En el año 2011, **Tenorio. I.** ⁽⁰⁹⁾ obtuvo como resultado, de acuerdo con que el Papanicolaou no se debe de realizar porque produce dolor y sangrado, un 42,7% opinaron que están en desacuerdo, un 38,7% totalmente en desacuerdo, un 13,3% están de acuerdo y un 4% están totalmente de acuerdo. Se investigó las razones principales por las no se han realizado la prueba, encontrándose que un 24,3% sienten vergüenza, otro 24,3% sienten miedo a la prueba, un 16,2% por descuido, un 13,5% refieren que no se lo realizan con personal del sexo masculino, un 8,1% por falta de interés y otro 8,1% por miedo a los resultados, un 5,4% no se realizan la prueba porque produce dolor. En el comportamiento sobre recoger los resultados del examen, el 76,1% de las mujeres recogen los resultados de la prueba, un 23,9% no realizan esta acción.

En este mismo año **Figueroa. N.** ⁽¹⁰⁾ encontró que el 83,3% de la población ha practicado la citología vaginal. Con respecto al período en que se lo practica el 36% lo hace anual y el 27,3%, cada seis meses; en contraste con el 36,7% que respondieron períodos de tiempo más largos o no habérsela realizado nunca. Las razones por la cual las encuestadas se realizan el examen son por iniciativa propia 48,8% e indicación médica; sólo el 3,2% lo hizo por sugerencia de un tercero. De estas cerca del 85,6% reclamaron los resultados y el 87,9% de las mismas solicitaron explicaciones al personal asistencial en relación al reporte del examen.

Así mismo; **Cogollo. Z.** ⁽⁰⁸⁾ observo que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. Por su parte, **Palma. J.** ⁽¹⁷⁾ en el año 2011, el 84,9% de las entrevistadas refirieron realizarse el Papanicolaou, de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, el 34,6% se realiza cada año, el 67,8% hace menos de un año, el 30,8% más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba, mientras que 30% se refirió preocupada, 16,2% incómoda y 10,8% avergonzada.

Por su parte, investigadores peruanos como **Seminario. P. et al** ⁽¹²⁾ en el año 2011, obtuvieron como resultados: sobre las prácticas que asumen las mujeres frente a la toma del Papanicolaou, un 44% respondieron que acuden a un

establecimiento de salud para realizarse este examen citológico con una frecuencia adecuada; el 31,9% nunca se había realizado el examen y el 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 Papanicolaou, el 41,4% mencionaron que fue “por iniciativa propia” y el 15,5% lo hicieron por “solicitud médica”. Por otro lado, **Carrasco. J. y Valera. L.** ⁽¹³⁾ en el mismo año, en su estudio se concluyó que el 76,58% tienen una práctica inadecuada. Sólo el 23,42% mantienen una práctica adecuada.

Dichos resultados tienen una semejanza a la investigación de **Guillermo. A.** ⁽¹⁴⁾ quien informó que el 84% de la población de mujeres en edad fértil no practican el examen de Papanicolaou, a comparación de un 16% que si tienen practicas adecuadas. En cuanto a los reactivos estudiados de la variable, el 58,7% se realizan el PAP por indicación médica o de terceros y el 41,3% de las mujeres por iniciativa propia; el 60% no practica este examen anualmente y sólo el 40% de las entrevistadas manifiestan que tienen un control anual para detectar el cáncer de cuello uterino.

2.2. Bases Teóricas:

2.2.1. Bases Teóricas del Conocimiento:

Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. Alavi y Leidner lo conceptualizan como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales.

La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas. En este momento, señalan, Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento. ⁽¹⁸⁾

El conocimiento se concibe como la reconstrucción de los esquemas mentales del sujeto a partir de las experiencias que tiene con los objetos (interactividad) y con las personas (intersubjetividad) en situaciones de interacción que sean significativas de acuerdo con su nivel de desarrollo y los contextos sociales donde se desenvuelve. De esa integración entre conocimiento con sentido y experiencia resulta el desarrollo de actitudes y comportamiento nuevos (práctica).

Según **Andreu y Sieber** (1999) señalan principalmente tres características:

- Es personal, ya que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal al estar convencidas de su significado y de sus implicaciones.
- Es permanente e incremental, ya que su utilización puede repetirse sin que se consuma o desgaste como sucede con otros bienes físicos. Por el contrario, se incrementa al utilizarse con un conocimiento recientemente adquirido.
- Es guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento ya que esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias de los fenómenos percibidos por cada individuo. ⁽¹⁹⁾

A) Modelo de Aprendizaje Cooperativo Participativo:

Es un modelo de aprendizaje que, frente a los modelos competitivo e individualista, plantea el uso del trabajo en grupo para que cada individuo mejore su aprendizaje y el de los demás. En el modelo competitivo, el objetivo es lograr ser mejor que los demás, obtener mejores resultados que el resto; en el individualista, se trata de conseguir objetivos óptimos independientemente de lo que haga el resto del grupo y en el modelo cooperativo, el éxito personal se consigue siempre a través del éxito de todo el grupo.

Para que una situación lo sea de trabajo cooperativo hace falta que exista un objetivo común a través de cual el grupo se vea recompensado por sus esfuerzos. Un grupo cooperativo tiene un sentido de responsabilidad individual lo cual significa que todo el mundo es partícipe de tarea propia y de la de los demás, y se implica en ésta entendiendo que su trabajo es imprescindible para el éxito del grupo. ⁽²⁰⁾ **Johnson & Johnson (1994)** plantean una serie de elementos del trabajo cooperativo que lo hacen más productivo que los modelos comentados anteriormente.

A) Principios de una intervención educativa:

- **Interacciones cara a cara de apoyo mutuo:**

Son las interacciones que se establecen entre los miembros del grupo en las que éstos/as animan y facilitan la labor de los demás con el fin de completar las tareas y producir el trabajo asignado para lograr los objetivos previstos. En estas interacciones los/as participantes se consultan, comparten los recursos, intercambian materiales e información, se comenta el trabajo que cada persona va produciendo, se proponen modificaciones, etc., en un clima de responsabilidad, interés, respeto y confianza.

- **Responsabilidad personal individual:**

Cada persona es responsable de su trabajo y debe rendir cuentas al grupo del desarrollo de éste. Para ello es imprescindible que las aportaciones de cada

individuo sean relevantes para lograr el objetivo final y que sean conocidas por todos/as.

- **Destrezas interpersonales y habilidades sociales:**

Se trata de conseguir que las personas conozcan y confíen en las otras personas, que se comunique de manera correcta y sin ambigüedades, que acepte el apoyo que se le ofrece y que, a su vez, ayude a los/as demás y resuelva los conflictos de forma constructiva. Estas destrezas son imprescindibles para lograr el éxito en el trabajo cooperativo no se adquieren por ciencia infusa sino que se enseñan, se premian, se corrigen y se aprenden.

- **Autoevaluación frecuente del funcionamiento del grupo:**

Lo mismo que la evaluación es un elemento consustancial de la práctica docente, también lo es de cualquier proceso educativo del que se quiere aprender para lograr de manera eficaz los objetivos que se han previsto. ⁽²⁰⁾

Johnson (1999) definen el esfuerzo cooperativo diciendo que: “existe cuando hay interdependencia positiva entre los logros de los alumnos, sienten que pueden alcanzar sus objetivos si y sólo si los otros alumnos de su grupo alcanzan también los suyos”. Este tipo de interdependencia positiva es esencial para el aprendizaje cooperativo. ⁽²⁰⁾

Por lo tanto, "cooperar" significa trabajar juntos para lograr objetivos compartidos y el "aprendizaje cooperativo" es el uso de la educación de grupos pequeños en los que los alumnos trabajan juntos para mejorar sus propios aprendizajes y de los demás. Los aspectos más importantes de la cooperación están centrados en los objetivos, en los niveles de cooperación, en el esquema de interacción y en la evaluación de los resultados. ⁽²⁰⁾

Citan las reglas básicas de la cooperación:

- Cuando una persona hable el resto escucha.
- Se respetarán todas las ideas.
- Pueden existir varias respuestas.
- Cada estudiante tiene la misma oportunidad de participar.

Y resumen las características del trabajo cooperativo:

- Equipo cooperativo.
- Una administración a través de reglas.
- Voluntad de cooperar.
- Habilidad para cooperar y escuchara a los demás.
- Resolver problemas y apoyarse mutuamente.
- Estructura y roles.

Con **Piaget** (1962) y **Vigotzkii** (1978) sobreviene la perspectiva evolutiva cognitiva, ya que para Piaget, cooperación es "el esfuerzo para alcanzar los objetivos comunes

mientras se coordinan los propios sentimientos y puntos de vista de los demás". Por lo tanto, cuando las personas cooperan, surge el conflicto socio cognitivo que crea el desequilibrio cognitivo pertinente para lograr el desarrollo cognitivo. ⁽²¹⁾ **Vigotzkii** (1978) Basa su teoría en que las funciones y logros humanos se originan en las relaciones sociales, dice que: "el conocimiento es social y se construye a partir de esfuerzos cooperativos por aprender, entender y resolver problemas". Sostiene que "la zona de desarrollo próxima es aquella situada entre lo que un alumno puede hacer sólo y lo que puede lograr si trabaja con pares o con guías e instructores". ⁽²¹⁾

Perkins, (1995) La gran "promesa del aprendizaje colaborativo" es la de permitir a los estudiantes aprender en forma real, motivados cognitivamente y enriquecidos en un contexto de aprendizaje social comparado con otros paradigmas como el aprendizaje socrático y el aprendizaje por descubrimiento. ⁽²¹⁾ Según **Schöenfeld** (1987) Una hipótesis básica subyacente de los trabajos en ciencia cognitiva es que las estructuras mentales y los procesos cognitivos son extremadamente ricos y complejos, pero que tales estructuras pueden ser comprendidas y que esta comprensión ayudará a conocer mejor los modos en los que el pensamiento y el aprendizaje tienen lugar. ⁽²¹⁾

2.2.2. Bases teóricas de la actitud:

La actitud es una predisposición aprendida no innata 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. Estas condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. Las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo.⁽²²⁾

A. Teorías del aprendizaje:

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje “depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos”⁽²³⁾

B. Teoría de la disonancia cognitiva:

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso debemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que

parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen. Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. ⁽²³⁾

C. Perspectiva de la actitud:

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. ⁽²⁴⁾

Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biopsociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se

componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).⁽²³⁾

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo.

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto.⁽²³⁾

D. Tipos de Actitud:

- **Actitud emotiva:** Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.⁽²⁵⁾

- **Actitud desinteresada:** Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y no la considera como un instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación. ⁽²⁵⁾
- **Actitud manipuladora:** Ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. ⁽²⁵⁾
- **Actitud interesada:** Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas, por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo. ⁽²⁵⁾
- **Actitud integradora:** La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas. ⁽²⁵⁾

E. La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud:

La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o

situación social, cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa. ⁽²⁶⁾ Las actitudes dependen, en gran medida de las convicciones importantes o centrales que tiene una persona y bajo determinadas condiciones, predicen sus conductas. De ahí que las actitudes de una persona tengan relación con sus valores y comportamientos.

<u>ACTITUDES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD</u>	
Hacia uno mismo	<ul style="list-style-type: none"> • La autenticidad. • La fortaleza de la voluntad. • La autoestima. • La calidad de vida.
Hacia el medio social y natural	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado del otro. • El desarrollo sostenible. • La conservación de la vida y de la naturaleza. • La austeridad.

- **La Autenticidad:** Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior. La autenticidad nos da el gusto de ser lo que somos, nos proporciona el sereno placer de ser nosotros mismos. ⁽²⁶⁾

- **La fortaleza de la voluntad:** La voluntad necesita ser educada y fortalecida a través de un proceso orientado por el orden, la constancia, la disciplina, la

motivación y la ilusión. La voluntad necesita un aprendizaje gradual, que se consigue con la repetición de actos en donde uno se vence, lucha y cae, y vuelve a empezar. Dicho en otros términos: hay que adquirir hábitos positivos mediante la repetición de conductas, que van inclinando la balanza hacia comportamientos mejores. ⁽²⁶⁾

- **La autoestima:** Es la disposición con la que enfrentamos y evaluamos nuestra propia identidad. Una autoestima positiva es la suma de la confianza y del respeto que sentimos por nosotros mismos. Cuanto más positiva sea nuestra autoestima más preparados estaremos para afrontar las adversidades y resistir las frustraciones, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajos, encontraremos más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras, más inclinados nos sentiremos a tratar a los demás con respeto y magnanimidad, y más satisfacción encontraremos por el puro hecho de vivir. La persona con una autoestima adecuada actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos, disfrutará con sus logros, tolerará frustraciones y será capaz de influir en otros; todo ello incidirá favorablemente en el proceso de su desarrollo personal. ⁽²⁶⁾

- **El cuidado del otro:** El respeto auténtico a la vida, especialmente a la vida humana, se tiene cuando en cada persona se percibe la presencia de la humanidad entera. La responsabilidad mía por el otro es la responsabilidad de

una persona única por otra persona única. Me vea o no, sea pariente o no, sea de mi país o no, tiene que ver conmigo, tengo que responder de ella. Es la actitud moral de respeto a la persona que ha sido denominada compasión. ⁽²⁶⁾

2.2.3. Bases teóricas de la práctica saludable:

Prácticas saludables son todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. **Figueroa. N.** plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida. ⁽¹⁰⁾

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cérvico uterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que llevan a modificar las negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control. Basado en ello, es imprescindible identificar que prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la prueba del Papanicolaou, que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud. ⁽¹⁰⁾

2.3. Marco Conceptual:

2.3.1. Aspectos conceptuales pertinentes:

A. Cáncer del cuello uterino:

El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial (CIN) los cuales empiezan con displasia leve, llamada CINI o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio. ⁽²⁷⁾

B. Prevención primaria y secundaria:

Se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud, para prevenir el desarrollo de la enfermedad reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros.

- **Prevención primaria:**

Las principales medidas descritas para la prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de esta patología, sus factores de riesgo y sus métodos de prevención, así mismo también la vacunación contra el virus papiloma humano (VPH). ⁽²⁸⁾

- **Educación a la población:**

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la génesis del cáncer cervicouterino y de sus factores, es una de las principales herramienta a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios de intervenciones comunitarias, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el Papanicolaou o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje. ⁽¹⁷⁾

- **Inmunización contra el Virus Papiloma Humano:**

La vacuna previene la infección de dos de los genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer. Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el Papanicolaou periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión preinvasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas. El objetivo final a largo plazo de las vacunas frente al VPH es la prevención del cáncer invasor de cuello de útero. ⁽²⁹⁾

- **Prevención secundaria:**

Incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones, mediante la realización del tamizaje de cáncer de cuello uterino siendo la más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou, la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix. ⁽³⁰⁾

C. Frecuencia de la prueba de Papanicolaou:

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras de Papanicolaou debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa se tomaran cada tres años. Mientras que las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso. ⁽³¹⁾

Así mismo:

- A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido

ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo).

D. Requisitos para la prueba de Papanicolaou:

Los siguientes son requisitos para la obtención de una muestra citológica con condiciones óptimas para su evaluación:

- El examen no debe realizarse durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último período menstrual.
- Cuarenta y ocho horas previas al examen la paciente no debe haberse realizado duchas vaginales, haber tenido relaciones sexuales o usado tampones, jabones, cremas vaginales, o medicamentos vía vaginal.⁽³¹⁾

E. Procedimiento de la prueba:

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos:⁽³²⁾

- **Rotulación de la lámina:** Previo a la toma de la muestra, la laminilla de vidrio (portaobjetos) debe ser rotulada colocando cinta adhesiva con el nombre completo de la paciente, en la superficie inferior de la laminilla.
- **Visualización del cuello uterino:** La zona de transformación (unión del exo y endocervix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra. La zona de transformación puede ser fácilmente visualizada o encontrarse muy alta y no visualizarse, esto varía no solo de persona a persona sino que incluso en la misma persona a través del tiempo por cambios hormonales que incluyen embarazo, menopausia, etc.
- **Recolección de la muestra:** existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocervix, zona de transformación y endocervix que incluyen cepillos endocervicales, espátulas de madera y plásticas.
- **Realización del extendido:** la muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse en la laminilla, no frotarla, debe fijarse inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70 grados por 30 minutos y si es de 95 grados es suficiente 10 a 15'.
- **Envío a laboratorios de citología:** las laminillas una vez fijadas deben ser colocadas en cajas especiales, de plástico, madera o cartón, junto con sus respectivas boletas y ser enviadas a los laboratorios de citología. ⁽²¹⁾

2.3.3. Factores de riesgo asociados:

A. El Virus Papiloma Humano (VPH):

Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de Papiloma Virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. (31-32)

B. El consumo de tabaco:

Las mujeres que fuman son alrededor de dos veces más propensas a padecer cáncer de cuello uterino que las que no fuman. Al fumar, muchos químicos causantes de cáncer ingresan a los pulmones. Estas sustancias dañinas son llevadas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo hasta otros órganos. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (33)

C. Sistema inmunológico debilitado:

El virus de inmunodeficiencia humana, es el virus que causa SIDA y no es lo mismo que el VPH. Las mujeres infectadas con VIH tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. La infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH y los tumores cancerosos en sus primeras etapas. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cérvix son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune. (33)

D. Infección con clamidia:

Esta infección es causada por un tipo de bacteria que puede infectar los órganos sexuales femeninos. Su contagio es mediante las relaciones sexuales. Puede que una mujer no sepa que esté infectada a menos que se le practique un examen de clamidia cuando se le haga su examen pélvico. Algunos estudios sugieren que las mujeres que se hayan infectado en el pasado o que actualmente estén infectadas, están a un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Además, la infección a largo plazo puede causar otros problemas graves. ⁽³³⁾

E. Píldoras anticonceptivas:

El uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo del cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de que deje de tomarlas. Hable con su médico sobre las ventajas y desventajas de las píldoras anticonceptivas en su caso. ⁽³³⁾

F. Inicio temprano de las relaciones sexuales:

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. ⁽³¹⁾

G. Números de parejas sexuales:

Es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se práctica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos. ⁽³¹⁾

H. Embarazos múltiples:

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano. ⁽³⁴⁾

2.3.4. Clínica del cáncer y sintomatología:

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales. Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso,

sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto. ⁽¹⁵⁾

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano adquirido desde muy temprana edad. La Infección por el VPH, las lesiones premalignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como la prueba de Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente.

Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de comezón, manchas anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento, fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico. ⁽¹⁵⁾

2.3.5. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino:

La confirmación diagnóstica se debe realizar mediante el informe histológico positivo de lesión pre-invasora o cáncer de cuello uterino, emitido por médico especialista anatomopatólogo. Para el diagnóstico se realiza:

- **Colposcopia:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente. ⁽¹⁵⁾
- **Biopsia exocervical y/o endocervical:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico. ⁽²⁷⁾
- **Legrado endocervical:** Debe realizarse cuando la colposcopia es insatisfactoria, cuando la lesión se extiende hacia el canal endocervical, cuando no existe una lesión identificable que explique la citología alterada o cuando la alteración citológica es una atipia glandular. ⁽²⁷⁾
- **Conización Cervical:** En los casos que se sospeche una microinvasión o disociación colpo-citohistológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas. ⁽²⁷⁾

2.3.6. El sistema Bethesda:

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterina y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 o más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda. ⁽¹⁰⁾

Cuadro 1. Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema de Bethesda

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas dsignificado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre neoplásica.
Lesión intra epitelial de bajo grado (LSIL)	Cambios koilocíticos Neoplasia intra- epitelial cervical (CIN 1): displasia leve
Lesión intra epitelial de alto grado (HSIL)	CIN 2: displasia moderada CIN 3: displasia grave CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

Fuente: Figueroa. N. ⁽¹⁰⁾

2.3.7. Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino:

Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el Papiloma Virus Humano es un organismo difusamente encontrado en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y autorespeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervicouterino a través de los servicios de tamizaje. ⁽³⁵⁾ Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años hasta la edad de 35 años. A partir de esta edad, el examen citológico será hecho cada 5 años hasta la edad de 60. ⁽³⁶⁾

2.3.8. Modelo de nivel de salud de OMS:

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS). El MCS fue desarrollado por un grupo de especialistas en psicología social, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. ⁽³⁷⁾

Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco.

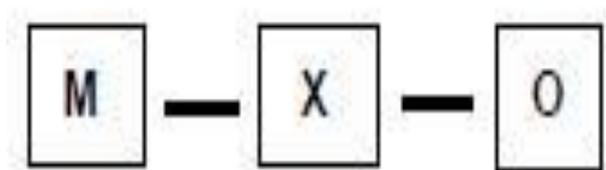
En particular, en la conductista, defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. ⁽³⁷⁾

III. Metodología

3.1. Diseño de la investigación:

Estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, de diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal. ⁽³⁸⁾

Esquema:



Donde:

M: Mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso.

X: Conocimiento, actitud y Prácticas.

O: Representa lo que se observa.

3.2. Población y muestra:

La población estuvo constituida por un total de 2036 habitantes, de los cuales 665 son mujeres en edad fértil que cumplan con los criterios de inclusión. La muestra fue seleccionada según muestreo no probabilístico, conformada por 150 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.

❖ **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres en edad fértil residente por lo menos un año en el PP.JJ El Progreso.
- Mujeres que se encuentren entre 15 años y menor o igual a 49 años.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que hayan aceptado participar del estudio.

❖ **Criterios de exclusión:**

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que rechacen participar en el estudio.
- Mujeres con capacidades diferentes.
- Mujeres con morbilidad mental.
- Mujeres que estén con cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que hayan participado en programas educativos de prevención de cáncer de cuello uterino.

❖ **Definición de operacionalización de las variables en estudio.**

(Ver matriz de operacionalización de variables en cuadro 1-2-3)

(Cuadro 1)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE LA PRUEBA DEL PAP

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Conocimiento sobre citología vaginal	Conjunto de ideas y conceptos enunciados sobre citología vaginal que tienen las mujeres en edad fértil	<ul style="list-style-type: none">Definiciones y conceptos básicos.Definición del PAP.	<ul style="list-style-type: none">Tipo de prueba.Lugar donde se toma la prueba.	Cuantitativo	Nominal	Conoce Desconoce
			<ul style="list-style-type: none">Medidas preventivas previas a la toma de citología vaginal.Beneficios e importancia del PAP.	<ul style="list-style-type: none">Prueba para la detección del Cáncer cervical.Importancia de hacerse la prueba rutinariamente.	Cuantitativo	Nominal
		<ul style="list-style-type: none">Momento idóneo para la prueba.		Cuantitativo	Nominal	Conoce Desconoce
		<ul style="list-style-type: none">Número de veces de la prueba en un determinado tiempo.	Cuantitativo	Nominal	Conoce Desconoce	

(Cuadro 2)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUD SOBRE LA PRUEBA DEL PAP

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitud	Conjunto de opiniones, sentimientos y tendencias que predisponen de determinada forma a la mujer a determinadas conductas relacionadas con la toma de la prueba del Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none">• Toma del PAP.	<ul style="list-style-type: none">• Solicitud de la prueba.	Cuantitativo	Nominal	Favorable Desfavorable
		<ul style="list-style-type: none">• Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none">• Realización de la prueba en un momento determinado.• Importancia de hacerse la prueba rutinariamente.	Cuantitativo	Nominal	Favorable Desfavorable
		<ul style="list-style-type: none">• Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none">• Interés por recoger el resultado.• Interés por el conocimiento detallado de los resultados.	Cuantitativo	Nominal	Favorable Desfavorable

(Cuadro 3)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE PRÁCTICAS RELACIONADAS A LA PRUEBA DEL PAP

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Prácticas	Conjunto de hábitos o formas de actuar de la mujer en relación a la toma de la prueba del Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none">• Toma del PAP.	<ul style="list-style-type: none">• Realización del PAP.	Cuantitativo	Nominal	Acceptable No aceptable
		<ul style="list-style-type: none">• Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none">• Realización de la prueba en un momento determinado.• Razones de la prueba.	Cuantitativo	Nominal	Acceptable No aceptable
		<ul style="list-style-type: none">• Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none">• Recojo de los resultados.• Explicación especializada de los resultados.	Cuantitativo	Nominal	Acceptable No aceptable

3.3. Técnicas e instrumentos de medición:

3.3.1. Técnica:

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos.

3.3.2. Instrumentos:

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el **cuestionario de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou** (Anexo N° 01) la misma que está compuesto por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde la respuestas tuvieron un puntaje de 1 para la respuesta correcta y 0 para la incorrecta.

Para medir las actitudes se aplicó el Test de escala tipo Likert denominado **Test de actitudes frente a la toma del Papanicolaou** conformada por 8 preguntas con respuestas según las siguientes escalas, De acuerdo (A) con un puntaje de 5; Parcialmente de acuerdo (PA) con un puntaje de 4, Indiferente (I) con un puntaje de 3, Parcialmente en desacuerdo (PD) con puntaje de 2; En desacuerdo (D) con puntaje de 1, que luego fueron agrupadas para facilitar la interpretación en dos escalas favorables (A, PA) y desfavorables (I, PD, D).

Para identificar las prácticas sobre la prueba del Papanicolaou que realizan en relación a la prueba del Papanicolaou se aplicó el **Test de práctica de la prueba del Papanicolaou**, que estuvo compuesta de 6 preguntas con respuestas dicotómicas donde un SI, vale 1 y un NO vale 0, las respuesta multivariadas, donde la respuesta correcta vale 1 y la respuesta incorrecta vale 0; y finalmente un cuestionario que identifico las características socio demográficas y sexuales - reproductivas con 14 preguntas cerradas con respuestas multivariadas al igual que las anteriores.

3.3.3. Procedimientos:

Se cumplió con el cronograma programado, iniciando por el reconocimiento de la zona, coordinación con los informantes claves de la zona en investigación, luego se realizó la encuesta casa por casa, previa a la encuesta se informó y se solicitó el consentimiento para participar en el estudio, entregando el formulario para su firma respectiva que avala su participación voluntaria (Anexo N° 03). Una vez obtenida la autorización se comunicó de manera clara y sencilla los objetivos de la investigación, garantizándoles respeto y confiabilidad. La encuesta se realizó en su propia casa sin la presencia de personas que puedan manipular a la respuesta recolecta.

En todo momento de la investigación se tendrá en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.

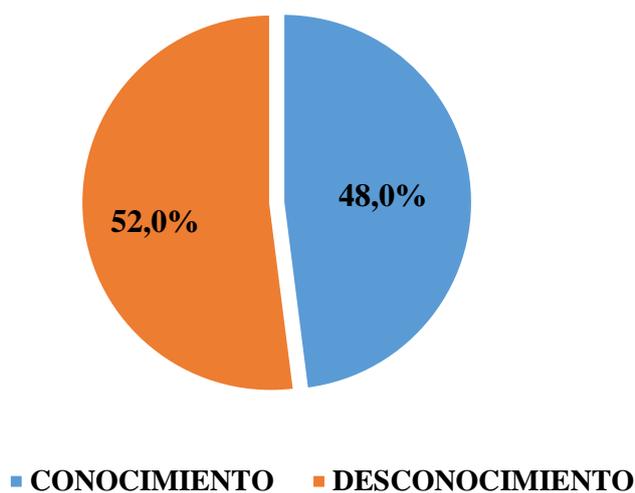
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

3.3.4. Plan de análisis:

Para el análisis de los resultados se empleó la Bioestadística, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego fueron transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.

IV. Resultados

4.1. Resultados:



Fuente: Tabla 6

Figura 1. Gráfico circular sobre el conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - Chimbote, 2014.

En la figura 1 se evidencia resultados casi paritarios, donde el 52,0% de las mujeres entrevistadas respondieron erróneamente a los seis reactivos explorados como: qué es la prueba del Papanicolaou, lugar de toma de muestra, para qué sirve, y su importancia, condiciones en que la mujer se debe de tomar la muestra y la frecuencia de la toma del Papanicolaou. Frente a un 48,0% que conoce acerca del examen citológico.

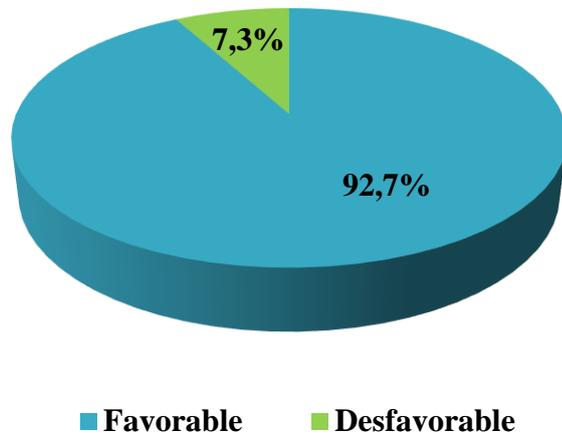
Tabla 1.

Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

Reactivos	Conoce		No conoce	
	N	%	n	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	149	99,3	1	0,7
2. Lugar de la toma de muestra	117	78,0	33	22,0
3. Para qué sirve la Prueba del Papanicolaou	142	94,7	8	5,3
4. Importancia de la Prueba del Papanicolaou	82	54,7	68	45,3
5. Casos en que no se toma la muestra	35	23,3	115	76,7
6. Frecuencia de la toma de muestra	145	96,7	5	3,3

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio 2014.

La Tabla 1 hace evidente que las brechas del conocimiento surgen a partir del 76,7% de las mujeres no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del Papanicolaou; mientras que el 45,3% desconoce la importancia de realizarse dicha prueba, mientras que el 22,0% no saben que la toma de muestra se extrae del cuello uterino. Sin embargo, el 99,3% respondió que la prueba del Papanicolaou es un examen del cuello uterino, seguido del 96,7% y 94,7% que conocen la frecuencia de la toma y para qué sirve la prueba del Papanicolaou.



Fuente: Tabla 7

Figura 2. Gráfico circular sobre la actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil pueblo joven El Progreso - Chimbote, 2014.

En la figura 2 hace evidente que la mayoría (92,7%) de mujeres entrevistadas tiene una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou. A diferencia del 7,3% que tiene una actitud desfavorable. Por lo general no siempre la actitud es conocimiento y pensamiento, pero si sentimiento.

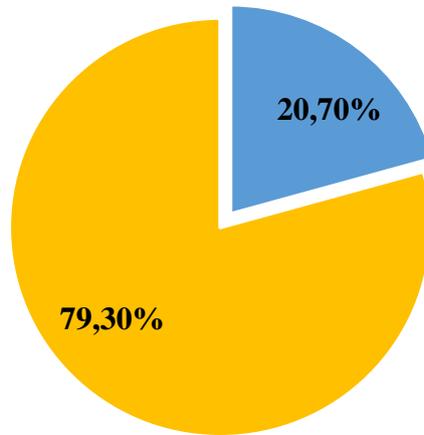
Tabla 2.

Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

REACTIVOS	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
	n	%	n	%
1. Disponibilidad para la realización de la Toma de PAP.	135	90,0	15	10,0
2. El examen solo debe hacerse cuando el médico lo solicita.	137	91,4	13	8,6
3. El material que se utiliza no es un obstáculo.	77	51,3	73	48,7
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años.	134	89,4	16	10,6
5. Importancia de la prueba para detectar cáncer a tiempo.	138	92,0	12	8,0
6. Siempre solicita los resultados de la prueba.	134	89,3	16	10,7
7. Importancia de la explicación de los resultados.	139	92,7	11	7,3
8. Disponibilidad sobre la lectura de los resultados.	136	90,7	14	9,3

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio 2014.

La Tabla 2 muestra los reactivos explorados donde el 48,7% de las mujeres consideraron que el material empleado es un obstáculo para la realización de la prueba del Papanicolaou, el 10,7% manifestó no solicitar los resultados de la prueba, tan solo el 10,6% no considera necesario realizarse el examen anualmente. Sin embargo el 92,7% considera importante la explicación de sus resultados, el 92,0% de las mujeres refirieron que la prueba es importante para detectar cáncer de cuello uterino a tiempo, el 91,4% de las mujeres se realizan esta prueba solo si el médico lo solicita.



■ PRACTICAS POSITIVAS ■ PRACTICAS NEGATIVAS

Fuente: Tabla 8

Figura 3. Gráfico circular sobre la práctica global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - Chimbote, 2014.

En la figura 3 se encontró que la mayoría (79,3%) de mujeres entrevistadas no se realizan la prueba del Papanicolaou para la detección precoz de cáncer de cérvix, y solo 20,7% si tuvieron prácticas positivas relacionadas con el autocuidado de la salud.

Tabla 3.

Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

Prácticas	Si		No	
	N	%	n	%
▪ Práctica la prueba del Papanicolaou.	134	89,3	16	10,7
▪ Se practicó la prueba en el año en estudio.	45	30,0	105	70,0
▪ Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente.	72	48,0	78	52,0
▪ Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia.	70	46,7	80	53,3
▪ Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou.	127	84,7	23	15,3
▪ Solicita información sobre el resultado de la prueba.	127	84,7	23	15,3

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio 2014.

La Tabla 3 hace evidente que la mayoría (70,0%) de las mujeres no se practicó la prueba del Papanicolaou en el año de estudio, el 53,3% no se realizó la prueba por iniciativa propia si no por indicación del médico/obstetra o por sugerencia de un tercero, y el 52,0% no se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente. Así mismo el 89,3% de las mujeres en estudio si se ha practicado alguna vez en su vida esta prueba, mientras que el 84,7% si reclamó los resultados y solicitó información sobre el resultado de la prueba del Papanicolaou.

Tabla 4.

Características sociodemográficas en mujeres de edad fértil - del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

Edad (años)	N	%
De 15 a 19	8	5,3
De 20 a 24	20	13,3
De 25 a 29	22	14,7
De 30 a más	100	66,7
Total	150	100,0
Estado civil	N	%
Soltera	41	27,3
Casada	50	33,3
Conviviente	55	36,7
Viuda	1	0,7
Divorciada	3	2,0
Total	150	100,0
Nivel de escolaridad	N	%
No estudia	2	1,3
Primaria	15	10,0
Secundaria	78	52,0
Técnica	21	14,0
Superior	34	22,7
Total	150	100,0
Ocupación actual	N	%
Ama de casa	74	49,3
Empleada -obrero	9	6,0
Empleada- profesional	25	16,7
Trabajador independiente	38	25,3
Agricultora	1	0,7
Estudiante	3	2,0
Total	150	100,0
Religión que profesa	N	%
Católica	130	86,7
Protestante (evangélica)	9	6,0
Otra	3	2,0
Ninguna	8	5,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio 2014.

La Tabla 4 muestra las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas donde el 66,7% son mayores de 30 años, el 14,7% que se encuentran entre 25 a 29 años, y un 13,3% de 20 a 24 años. Así mismo en relación al estado civil el 36,7% de las mujeres son convivientes, el 33,3% son casadas y el 27,3% son solteras. Con respecto al grado de instrucción el 52,0% estudiaron hasta secundaria, el 22,7% estudió nivel superior, y solo el 14,0% estudió nivel técnico. La ocupación se distribuye en 49,3% son amas de casa, el 25,3% son trabajadoras independientes y un 16,7% son empleada profesional. La religión que profesa la mayoría es católica con un 86,7%, seguido de un 6,0% que mencionaron ser evangélicas.

Tabla 5.

Características sexuales reproductivas en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

Tuvo relaciones sexuales	N	%
Si	150	100,0
No	0	0,0
Total	150	100,0
Edad de inicio de relaciones sexuales	N	%
14 a 19	12	74,7
20 a 24	33	22
25 a 29	5,0	3,3
30 a más	0,0	0,0
No tuvo relaciones sexuales	0,0	0,0
Total	150	100,0
Número de partos	N	%
Ningún parto	27	18,0
Primípara	42	28,0
Múltipara	72	48,0
Gran múltipara	9,0	6,0
Total	150	100,0
Número de abortos	N	%
Ninguno	124	82,7
1 a 2	26	17,3
3 a 4	0,0	0,0
5 a más	0,0	0,0
Total	150	100,0
Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente	N	%
Frecuentemente	60	40,0
Ocasionalmente	69	46,0
Por ahora no tengo	21	14,0
No he tenido relaciones sexuales	0,0	0,0
Total	150	100,0
Número de compañeros sexuales durante toda su vida	N	%
Ninguno	0,0	0,0
1 a 2	142	94,7
3 a 4	8,0	5,3
5 a más	0,0	0,0
Total	150	100,0

Continúa...

Tabla 5.

Características sexuales reproductivas en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

	Conclusión	
Método anticonceptivo que utiliza	N	%
Píldora combinada	18	12,0
Inyectable combinado	19	12,7
Inyectable de progestágeno	0	0,0
DIU (T Cu)	4	2,7
Preservativo	33	22,0
Ritmo/regla	5	3,3
Ninguno	71	47,3
Total	150	100,0
Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual	N	%
Si	14	9,3
No	136	90,7
Total	150	100,0
Recibió tratamiento por dicha infección	N	%
Si	11	7,3
No	139	92,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio 2014.

La mayoría (74,7%) de las mujeres entrevistadas iniciaron la actividad sexual entre 14 a 19 años. Con respecto a la frecuencia que realizan las relaciones sexuales un 46,0% respondieron ocasionalmente. Además, el 94,7% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 48,0% son multíparas. Mientras el 82,7% no sufrió ningún aborto, mientras que el 17,3% alguna vez tuvo 1 a 2 abortos. Con respecto a los métodos anticonceptivos se evidenció que el 47,3% de mujeres no utiliza ningún método anticonceptivo, y el 22,0% refiere que es el varón quien utiliza preservativo. El 9,3% tuvo alguna ITS y solo el 7,3% recibió tratamiento por dicha infección.

4.2. Análisis de Resultados

Para los teóricos **Andreu y Sieber** el conocimiento es personal, ya que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal. ⁽¹⁹⁾ Situación que en plano empírico muestra resultados casi paritarios, donde el 52,0% de las mujeres entrevistadas no tienen conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou sobre las medidas de prevención de cáncer de cérvix, frente a un 48,0% que si conocen. Resultados similares reportó **Cogollo. Z.** ⁽⁸⁾ en Colombia en el año 2010, donde el 42% de las mujeres tienen bajo nivel de conocimiento sobre citología cervicouterino.

Al analizar los reactivos al interior de los conocimientos, reflejan brechas significativas donde el 76,7% desconoce las condiciones que debe tener una mujer para tomarse la prueba del Papanicolaou, el 45,3% desconoce la importancia de esta prueba, mientras que el 22,0% no saben que la toma de muestra se extrae del cuello uterino. Resultados similares reportó **Guillermo. A.** ⁽¹⁴⁾ en su estudio realizado en el Hospital de “Mama Ashu”, distrito de Chacas, donde el 66,7% no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del Papanicolaou, y el 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou ,seguido del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

Estas similitudes están marcadas por el nivel de estudio de ambas muestras por las características sociodemográficas: el nivel de escolaridad interfiere en la adquisición del conocimiento. No está empleando estrategias para mejorar el nivel de conocimiento de las mujeres en estudio, realizar campañas, como espacio de sensibilización y motivación, así como acercamiento a la comunidad no se ve reflejado con buenos resultados, a esto se suma las condiciones socio económicas de la población que dificultan el acceso a los servicios de salud.

La actitud es una predisposición aprendida no innata aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable. Las actitudes son propias e individuales y están sujetas al medio que rodea al individuo. ⁽²²⁾ Sin embargo el 92,7% de las mujeres del pueblo joven El Progreso tienen una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou mientras que el 7,3% muestra una actitud desfavorable. Dicha teoría no se está cumpliendo con este grupo de mujeres debido a la falta de información u orientación.

Resultados similares reportó **Martínez M. y Vázquez Sh.** ⁽¹⁶⁾ donde el 91,4% de las mujeres presentan una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y solo el 8,6% muestra una actitud indiferente. Según los reactivos explorados el 48,7% de las mujeres refieren que el material que se emplea es un obstáculo para la realización de la prueba del Papanicolaou, el colectivo entrevistado manifiesta tener vergüenza, temor, dolor al momento que colocan el espéculo. En relación a los reactivos explorados, en el estudio de **Seminario. P. et al** ⁽¹²⁾ se encontró que cuando se le

pregunta a las mujeres ¿Cómo se sentiría al realizarse el test de Papanicolaou?, sólo el 47,4% mujeres, refirió “sentirse dispuesta”, mientras que 22,4% refirió “sentirse preocupada”, 16,4% “incomoda” y 13,8% “avergonzada”. Se está manifestando lo que Festinger sostiene en su teoría siempre tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, entrando a un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. ⁽²³⁾

Los resultados llevan a inferir que las mujeres con bajo nivel económico y educativo son las más expuestas a inequidades a este tipo de problema de salud, una brecha existente es el material que se utiliza para la toma de la muestra del Papanicolaou siendo un obstáculo para acceder a la realización de la prueba, manifiestan sentir incomodidad, vergüenza frente al personal de salud de sexo masculino, falta de confianza, miedo, dolor y sangrado.

Por otro lado las prácticas saludables son todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. **Figueroa. N.** menciona que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos. ⁽¹⁰⁾ La mayoría (79,3%) del colectivo entrevistado no practica la prueba del Papanicolaou, solo 20,7% de las mujeres si tienen prácticas positivas relacionadas con el autocuidado de la salud. Resultados similares reportó **Guillermo. A.** ⁽¹⁴⁾ donde el 84,0% de las mujeres no practican el examen de Papanicolaou, a comparación de un 16,0% que si tienen prácticas adecuadas.

Al interior de los seis reactivos explorados, muestra que la mayoría (70,0%) no se practicó la prueba del Papanicolaou en el año de estudio, el 53,3% no se practica la prueba por iniciativa propia, y el 52,0% no se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente. Según reactivos explorados en el estudio de **Tenorio. I.** ⁽⁹⁾ presento las razones principales por las cuales las mujeres no se realizan un examen anual de Papanicolaou obtuvo como resultado que un 24,3% sienten vergüenza, otro 24,3% refieren que sienten miedo, un 16,2% respondieron que por descuido, y un 13,5% refieren que no se lo realizan con personal del sexo masculino, un 8,1% refieren que por falta de interés y otro 8,1% por miedo a los resultados, un 5,4% refiere que no se realizan la prueba porque produce dolor.

Es necesario brindar educación acerca del tema de cáncer de cérvix, así mismo de la prueba del Papanicolaou, orientando a las mujeres en estudio sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud e inculcar medidas de control y crear hábitos positivos para generar prácticas saludables y positivas. Finalmente las participantes del estudio, el 66,7% de las mujeres son mayores de 30 años, la mayoría son convivientes, amas de casa, han cursado la secundaria y la mayoría pertenece a la religión católica. Además por su propia naturaleza mantienen una actividad sexual ocasionalmente y tienen experiencia en partos (en gran parte son multíparas).

V. Conclusiones

- Las mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso tienen resultados casi paritarios acerca del conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, la brecha más significativa no conocen las condiciones que debe tener una mujer para la toma de muestra del Papanicolaou, desconocen la importancia de realizarse la prueba, y no conocen que la toma de muestra se extrae del cuello uterino. Los resultados llevan a inferir que no se está empleando las estrategias para mejorar la educación e incrementar el nivel de conocimiento de las mujeres en estudio, las campañas, como espacio de sensibilización y motivación, así como acercamiento a la comunidad.
- Las mujeres tienen una actitud global favorable frente la prueba, sin embargo tienen una actitud desfavorable frente al material que se emplea para la realización de la prueba de Papanicolaou, refieren que el examen solo se debe realizarse cuando el médico lo solicita y manifestaron no solicitar los resultados de la prueba. Los resultados llevan a inferir que las mujeres con bajo nivel económico y educativo son las más expuestas a inequidades a este tipo de problema de salud.
- La mayoría de las mujeres tienen prácticas negativas frente a la toma del Papanicolaou, debido a las limitaciones para la aceptación y realización del procedimiento de la prueba, no se realizan la prueba anualmente, y no tienen iniciativa propia para realizarse la prueba del Papanicolaou. Es necesario

brindar educación acerca del tema de cáncer de cérvix, así mismo de la prueba del Papanicolaou, orientando a las mujeres en estudio sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud e inculcar medidas de control y crear hábitos positivos para generar prácticas saludables y positivas.

- Según las características sociodemográficas, las mujeres son mayores de 30 años sexualmente activas, convivientes y tienen un nivel de instrucción hasta la secundaria. Con respecto a la ocupación, son amas de casa, y la religión que profesa la mayoría es católica. Las respuestas frente a las características sexuales, la mayoría de las mujeres encuestadas iniciaron su actividad sexual entre 14 a 19 años, además de las encuestadas tuvo 1 a 2 compañeros sexuales.

Aspectos Complementarios

Tabla 6.

Conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

Conoce	N	%
Si	72	48,0
No	78	52,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio, 2014.

Tabla 7.

Actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

Actitud	N	%
Favorable	139	92,7
Desfavorable	11	7,3
Total	150	100,0

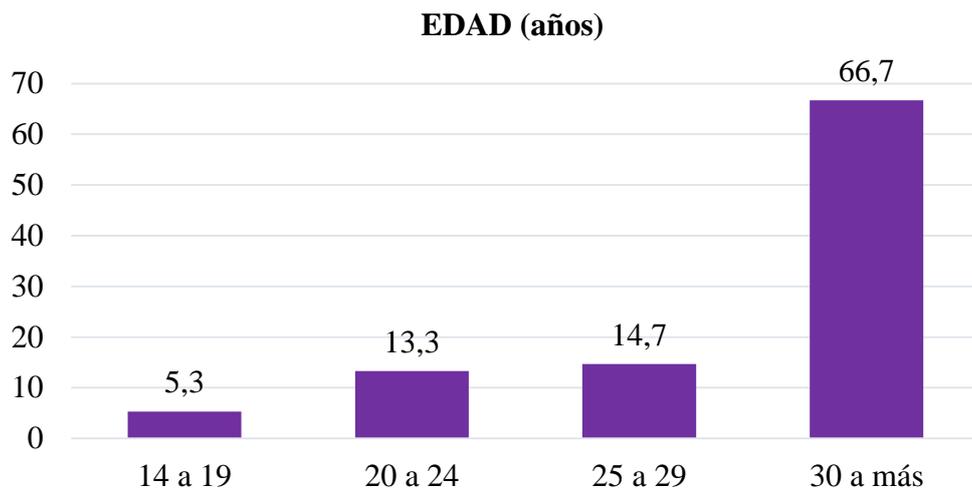
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio, 2014.

Tabla 8.

Practica frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

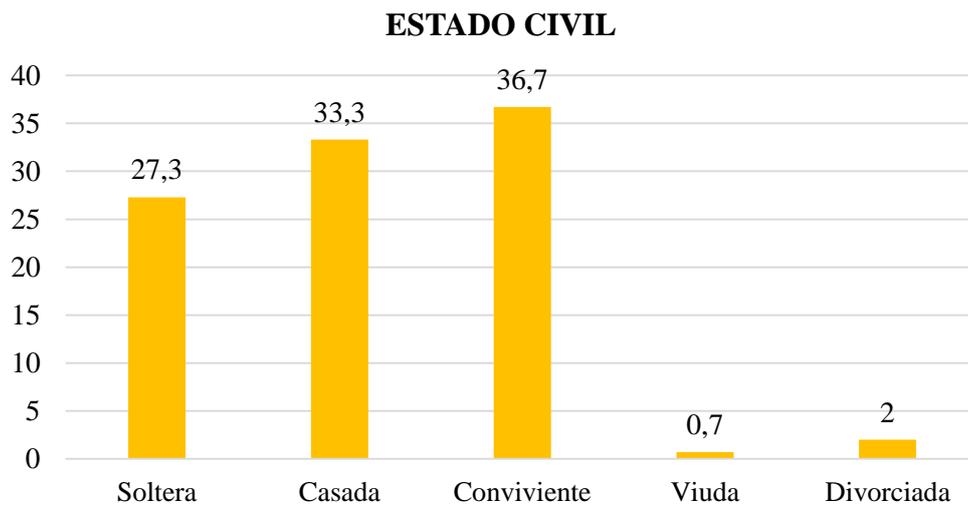
Práctica	N	%
Si	31	20,7
No	119	79,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven El Progreso durante los meses Junio - Julio, 2014.



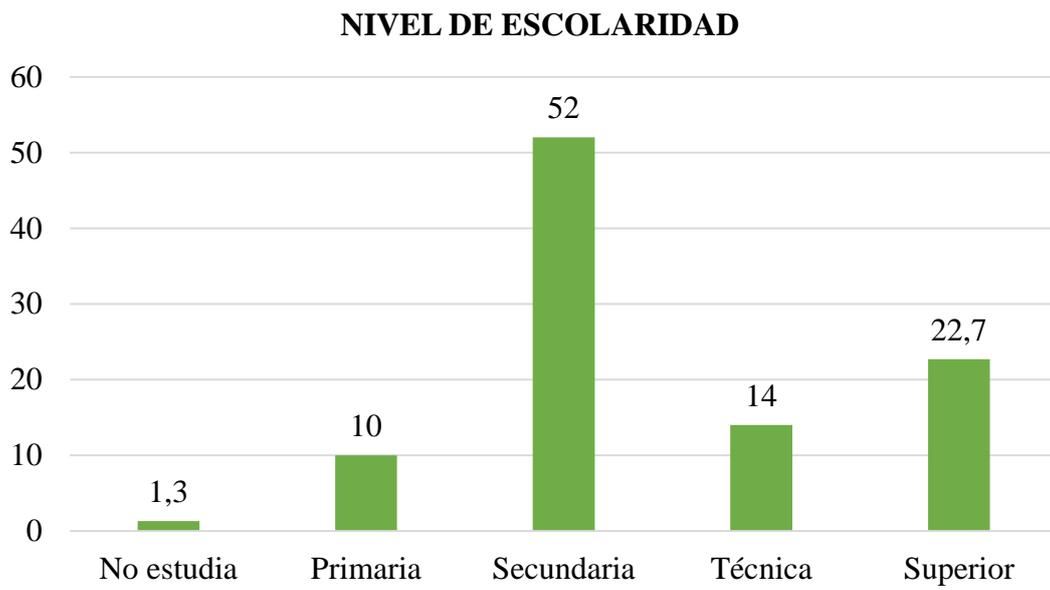
Fuente: Tabla 4

Figura 4. Gráfico de barras de las edades de las mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 4

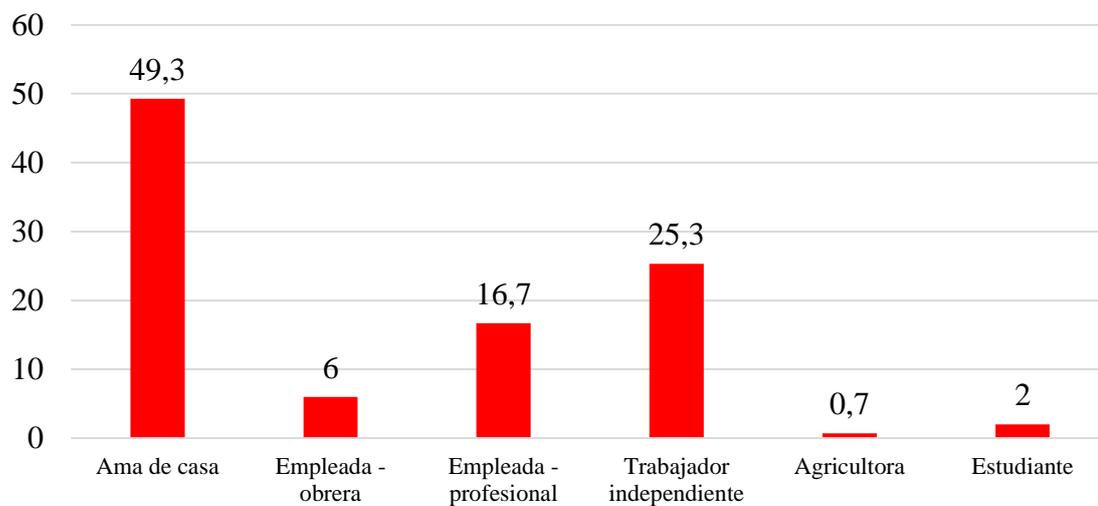
Figura 5. Gráfico de barras del estado civil de las mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 4

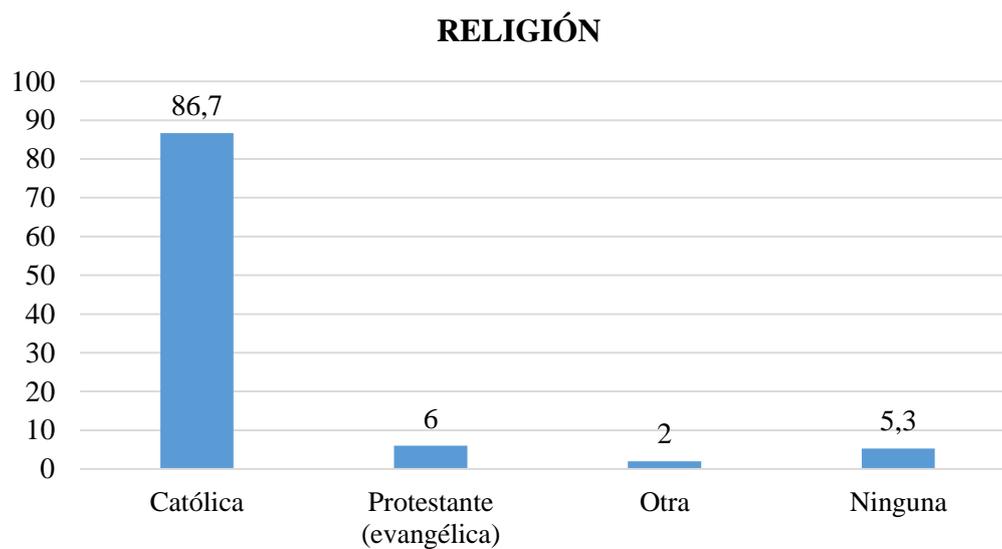
Figura 6. Gráfico de barras del nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

OCUPACIÓN ACTUAL



Fuente: Tabla N° 04

Figura 7. Gráfico de barras de la ocupación actual de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven El Progreso - Distrito Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 4

FIGURA 8. Gráfico de barras de la religión que profesan las mujeres en edad fértil - del pueblo joven El Progreso - distrito Chimbote, 2014.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL PUEBLO JOVEN EL PROGRESO - CHIMBOTE 2014”.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><u>Preguntas de investigación:</u></p> <p>¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014?</p>	<p><u>General:</u> Describir los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014.</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou que tienen las mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014. • Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014. • Identificar la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014. • Identificar la actitud frente a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y el recojo de los resultados en mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014. • Identificar las prácticas relacionadas con la toma del examen de Papanicolaou, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014. • Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en mujeres en edad fértil del pueblo joven El Progreso del distrito de Chimbote durante el período Abril - Julio del 2014. 	<p>Por ser de nivel cuantitativo, no se consideró una hipótesis.</p>	<p>Variables principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocimientos. ✓ Actitudes. ✓ Prácticas.

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><u>Tipo:</u> Descriptivo</p> <p><u>Nivel:</u> Cuantitativo</p> <p><u>Diseño:</u> Simple de una sola casilla de corte transversal.</p>	<p><u>Población:</u> El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por el PP.JJ El Progreso del distrito de Chimbote, la población está constituida por 2036 mujeres en edad fértil en edades de 15 - 49 años, que radican en dicha comunidad.</p> <p><u>Muestra:</u> La muestra no probabilístico, por conveniencia, selecciona al azar simple 150 MEF de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.</p>	<p><u>Técnicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta <p><u>Instrumentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. 	<p>Para el análisis de los resultados se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizará utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0.</p> <p>Asimismo, se utilizará estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizará tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

Referencias Bibliográficas

1.- La priorización de cáncer en el Perú. [Página en Internet]. Lima: Oficina General de Epidemiología. MINSA [Actualizado Nov del 2001; Citado el 25/10/2013]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_herramientas/tools08.pdf

2.- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. Salud de la mujer. [Página en internet]. 2009 [Citado el 25 de 10 del 13]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>

3.- Urrutia. M. Et al. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino Auge. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Serie en internet]. 2008; 73 (2): 98-103. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n2/art05.pdf>

4.- Zenteno. C. Rivas. P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el hospital la paz La paz - Octubre 2006. Archivo del Hospital La paz. [Serie en internet]. Vol. 5 nº 2 Julio - Diciembre 2007. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp21/v5n2/v5n2a02.pdf>

5.- Lucumí. D. Gómez. L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. Rev. Esp. Salud Pública. [Revista en la Internet]. 2004 Jun [Citado 2015 Mar 08]; 78(3): 367-377. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300006

6.- Wiesner. C. Vejarano. M. Caicedo. J. Tovar. S. Cendales .R. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y

Motivaciones. Rev. Salud pública [Serie en Internet]. 2006 Dic. [Citado 2015 Marzo 08]; 8(3): 185-196. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300004

7.- Aguilar. J. Leyva. A. Angulo. D. Salinas. A. Lazcano. E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev. Salud Pública. 2003; 37(1): 100-6. Disponible en:

<http://bvs.insp.mx/articulos/5/36/CACU-Mar.pdf>

8.- Cogollo. Z. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [Serie en internet]. 2010. 26(2): 223-231. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

9.- Tenorio. Morales. I. Conocimiento, actitudes, prácticas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio. [Tesis para optar al título de maestra en salud pública]. Municipio de Managua: centro de investigaciones y estudios de la salud; Diciembre 2011. Disponible en:

<http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t629/doc-contenido.pdf>

10.- Figueroa. Solano. N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio

las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2011. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>

11.- Beltrán. M. Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital regional Docente de Trujillo - 2009. [Tesis para optar el bachiller en medicina]. Trujillo - Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2009. Disponible en:

http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/BeltranRomero_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12.- Seminario. M. Chero. D. Colorado. F. Gómez. Palacios. Lamas. Ramírez. Parraguez. Mendoza. Villalobos. Aguinaga. León. Jiménez. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo. Revista de Salud Pública de Perú. 2010. 4(2): 95 – 96. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060441.pdf>

13.- Carrasco J. Valera. L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales, Julio - Diciembre 2011. [Tesis para optar el título de obstetricia]. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín. 2011. Disponible en:

http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_47_Binder2.pdf

14.- Guillermo. A. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres del Hospital en Chacas. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud. 2013; 1(2): 485 - 494. Disponible en:

<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/378/259>

15.- Jaén. M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada [Tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud] Panamá: Universidad De Panamá; 2009. Disponible en: <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/61459994J17.pdf>

16.- Martínez M. Vázquez Sh. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz. [Tesis para optar licenciatura en enfermería] México: Universidad Veracruzana; 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30085/1/MtzJimenezMdelosAyVzqzRodSheliaL.pdf>

17.- Palma Flores. J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores. Lima. 2011, 48 – 57. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/palma_fj/palma_fj.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2011/palma_fj/palma_fj.pdf)

18.- Flores. M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. . [Online]. 2005. [citado el 23 de noviembre de 2013]; 26 (2): 22 Disponible en:

<http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>

19.- Hernández. H. Como gestionar el Conocimiento Basado en la Experiencia de las personas. Universidad Pontifica Boliviana. Escuela de Ciencias Estratégicas. Especialización en Gerencia del Talento Humano. Agosto. 2007. Disponible en: <http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/uploads/archivos/Articulo/Como%20gestionar%20el%20conocimiento%20basado%20en%20la%20experiencia%20de%20las%20personas.pdf>

20.- Escolarización del alumnado inmigrante el curriculum [Serie en Internet]. [Citado 24 Marzo 2013]; [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r435473/eu/contenidos/informacion/dia6/eu_2027/adjuntos/zubirik_zubi/materiales_educacion_primaria/CURRICULUMA/32__a_pren-coop.pdf

21.- Lage. F. Cataldi. Z. Modelo cooperativo - colaborativo para la capacitación de recursos humanos a través de intranet/extranet. Universidad de Buenos Aires [Serie En Internet], [Citado 13 Junio 2015]; Disponible en: <http://gte2.uib.es/edutec/sites/default/files/congresos/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>

22.- Morales. P. Medición de actitudes en Psicología y Educación. (San Sebastián, Tarttalo). 1988. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10060/1/MoretVentura.pdf?sequence>

23.- Bases teóricas de la actitud. [Serie en internet]. [Citado el 04 de Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/371.302%2081-L333r/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>

24.- Kagan. J. Reflexión - Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17 [Serie en internet]. [Citado el 17 de Mayo de 2015]. Disponible en:

http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_87_Binder1.pdf

25.- Martínez. L. Hacia una sexualidad integral. Blog de aplicaciones, [Citado el 23 de Agosto]. Disponible en:

http://famiiliatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf

26.- Escámez. Sánchez. J. Valores, actitudes y habilidades en la Educación para la salud. [Serie en internet]. 2002; [Citado el 15 Julio del 2013]; [Alrededor de 19 pantallas]. Disponible en: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-02.pdf>

27.- Nelson. F. Patología Humana .8ªedición. Chile. Editorial Elsevier. España.2008.

28.- Serman. F. Cáncer cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología; 67(4):318 – 323. Chile. 2002. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n4/art11.pdf>

29.- Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsa. 2ª Edición. 2010.

30.- Chocarío. L. Enfermería Medico quirúrgica: Procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Editorial EL SEVIER. 2006. Pág. 42.

31.- Flores. P. Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en

Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20%28para%20Inform%C3%A1tica%29/2011/palma_fj/palma_fj.pdf

32.- Varela. S. Citología Cervical. Rev. Med. Hondur. 2005; 73:131

33.- Resumen sobre cáncer de cuello uterino. American Cancer Society. 2009.4-7.
Disponible en: www.cancer.org

34.- Castañeda. M. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. [Tesis para optar el grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica]. 2002.

35.- León. G. Bosques. D. Silveira. P. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [Revista en Internet]. 2004 [Citado 05 Mayo del 2015], 30(3): Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300007&lng=es)

36.- OPS. PATH (Programa para una tecnología apropiada en salud). Tamizaje: Pruebas de Papanicolaou. Aspectos Destacados del tema, No.2. En: Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ra Edición. 2002. Pág. 11.

37.- Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Rev. E\p Salud Pública 1997; 71: 335-311.

38.- Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed. México: Limusa S.A.; 2004.

ANEXOS

ANEXO 1



N° DE ENCUESTA

ENCUESTA ANÓNIMA PARA EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS HACIA EL PAP EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	CASERIO

DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)

MZ	LOTE	NÚMERO	INTERIOR	PISO	URBANIZACIÓN/SECTOR

VISITA DEL ENCUESTADOR		
FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO

COMENTARIO DEL ENCUESTADOR

.....

.....

.....

.....

.....

Estoy realizando una investigación soy de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote y estoy realizando un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso, del Distrito de Chimbote 2013”. Solicito tu colaboración, para que me ayudes a profundizar en el conocimiento prácticas y actitudes relacionadas con ellas, así como los problemas a los que se enfrentan. Este cuestionario es anónimo. Muchas gracias por tu colaboración.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Iniciaremos con una serie de preguntas sobre información general. Por favor responde la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

1) ¿Cuántos años cumplidos tiene? años
2) ¿Cuál es su estado civil actual? 1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Viuda 5. Divorciada
3) ¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad? 1. No estudié 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior
4) ¿A qué se dedica actualmente? 1. Ama de casa 2. Empleada-obrera 3. Empleada-profesional 4. Trabajador independiente 5. Agricultora 6. Estudiante
5) ¿Qué religión profesa? 1. Católica 2. Protestante (evangélica) 3. Otra 4. Ninguna

CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Ahora te haré algunas preguntas relacionadas con su sexualidad por favor responde la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

6) ¿Ha tenido relaciones sexuales 1. Si 2. No
7) ¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?años.
8) ¿Cuántos partos ha tenido?
9) ¿Cuántos abortos ha tenido?
10) ¿Con que frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente? 1. Frecuentemente 2. Ocasionalmente 3. Por ahora no tengo 4. No he tenido relaciones sexuales
11) ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida?
12) ¿Qué método anticonceptivo utiliza? 1. Píldora combinada 2. Inyectable combinado 3. Inyectable de progestágeno 4. DIU (T Cu) 5. Preservativo 6. Ritmo/regla 7. Ninguno
13) ¿Ha tenido usted alguna infección / enfermedad de transmisión sexual? 1. Si 2. No
14) ¿Recibió tratamiento para dicha infección? 1. Si 2. No

CONOCIMIENTO

Ahora te presentamos una serie de interrogantes sobre la prueba del Papanicolaou. Por favor responde según tu propia apreciación.

<p>15) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou es un:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Examen de sangre 2. Examen del cuello del útero 3. Examen radiológico 4. Examen medico 5. No se
<p>16) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou se toma en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuello del útero 2. Vagina 3. Ovarios 4. No se
<p>17) La citología vaginal o prueba del Papanicolaou sirve para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saber si hay una infección vaginal 2. Detectar el cáncer de cuello uterino o cérvix 3. Para saber si se tiene una infección urinaria 4. No se
<p>18) Realizarse citología vaginal o prueba del Papanicolaou es importante porque:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saber si hay una infección vaginal 2. Sirve para curar las inflamaciones 3. Diagnostica infecciones de transmisión sexual 4. Prevenir cáncer de cuello uterino 5. No se
<p>19) En qué casos se puede dejar para después la citología vaginal o prueba del Papanicolaou; cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mujer esta menstruando 2. Se ha tenido relaciones sexuales el día anterior 3. Se aplicó cremas u óvulos vaginales 4. No se 5. Todas las anteriores
<p>20) ¿Cuál es la frecuencia con se debe realizar la citología vaginal o prueba del Papanicolaou</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada seis meses 2. Cada año 3. Entre dos y tres años 4. No se

ACTITUDES

Ahora te presentamos una serie de afirmaciones relaciones con la prueba del Papanicolaou. Por favor responde según la siguiente escala:

De acuerdo	(A)
Parcialmente de acuerdo	(PA)
Indiferente	(I)
Parcialmente en desacuerdo	(PD)
En desacuerdo	(D)

<i>Acerca de la prueba de Papanicolaou</i>	A	PA	I	PD	D
21) Demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.					
22) Es un examen que debe hacerse si el medico lo Solicita					
23) El material que se usa no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou.					
24) Considero necesario hacerme la del Papanicolaou todos los años					
25) Es muy importante realizarme periódicamente la prueba para detectar el cáncer a tiempo.					
26) Siempre solicito los resultados de la prueba del Papanicolaou.					
27) Es necesario que el médico me explique los resultados.					
28) Demuestro disponibilidad para la lectura de los resultados por la/el obstetra					

PRACTICAS

Finalmente, te presentamos una serie de preguntas sobre tus hábitos en relación a la toma del Papanicolaou. Por favor responde la alternativa que mejor se acerque a tu condición actual.

29) Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou. 1. Si 2. No
30) Cuando fue la última vez que se la practico: 1. En este año 2. Hace más de un año 3. Hace más de tres años 4. Nunca
31) Con que frecuencia se la ha practicado: 1. Anual 2. Cada seis meses 3. Cada tres años 4. Ocasionalmente 5. Nunca
32) Por qué se la practico la prueba del Papanicolaou: 1. Por indicación del médico/obstetra 2. Por iniciativa propia 3. Por sugerencia de un tercero 4. No se
33) Reclamo los resultados: 1. Si 2. No
34) Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud: 1. Si 2. No

!!! Muchas gracias!!!!

ANEXO 2

CARTA DE PRESENTACIÓN

“Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”

Sra. O señorita

Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote a través del Departamento Académico de Metodología de la Investigación, se encuentra realizando un estudio sobre conocimiento, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil en las principales ciudades del país, con el objetivo de fortalecer la prevención de complicaciones en la salud de la población femenina.

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchas otras participantes de pueblo joven El Progreso. Por esta razón presentamos al estudiante investigador de la carrera de obstetricia de la ULDECH Católica, quien está autorizado a recolectar la información personalizada.

Le aseguramos que la información proporcionada recibirá un tratamiento estrictamente confidencial y anónimo. Las respuestas obtenidas no serán divulgadas en forma individual bajo ninguna circunstancia y servirá únicamente para orientar los programas educativos a desarrollarse en la comunidad del Progreso.

Por lo expuesto, agradezco desde ya, la atención que usted brinda a la presente.

Atentamente,



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
OFICINA ACADÉMICA-METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
Obst. Mg. Amelia Nelly Solís Villanueva
JEFE DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE OBSTETRICIA

Cualquier consulta, queja o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:

Investigador: 943974547

RPM: *852077

Oficina del Dpto. Investigación.

ANEXO 3

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONOGO:**

Que he sido debidamente **INFORMADA** por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también hemos tenido ocasión de aclarar las dudas que nos han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para participar de la encuesta. Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma de la encuestada

DNI:

Fecha: _____

ANEXO N^o 4

Evidencias de la encuesta realizada para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven El Progreso en el período Junio - Julio , Distrito de Chimbote, 2014.



