



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL PUEBLO  
JOVEN LA VICTORIA, CHIMBOTE, 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTOR:**

**BR. GUERRERO SÁENZ DIANA VANESSA.**

**ASESOR:**

**MG. OBST. SOLÍS VILLANUEVA NELLY.**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**-2016-**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL PUEBLO  
JOVEN LA VICTORIA, CHIMBOTE, 2014**

## **JURADO EVALUADOR**

**Mgtr. Obst. Lucia Villanueva Vásquez.**

**Presidente**

**Mgtr. Obst. Carmen Aguirre Espinoza.**

**Secretario**

**Mgtr. Obst. Melva Loyola Rodríguez.**

**Miembro**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por ser maravilloso que me dio fuerzas y fe para terminar mi tesis con éxito y por iluminar mi camino cada día.*

*A los habitantes del Pueblo Joven La Victoria, por brindar confianza y disposición para participar en el presente estudio.*

*A la Obt. Mg. Nelly Solís Villanueva por su asesoría y paciencia para realizar con éxito el presente estudio.*

## DEDICATORIA

*A Dios por bendecirme  
cada día de mi vida y por  
brindarme salud todos los  
días.*

*A mis Padres, que son los  
más importantes en mi vida,  
por estar conmigo en todo  
momento y por darme todo  
el amor y cariño cada día.*

*A mi familia, que me brindo  
apoyo incondicional en todo  
momento de mi vida.*

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo** general, describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del pueblo joven La Victoria del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.

**Metodología** que se aplicó es un estudio de tipo descriptivo nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal. La población lo constituyeron 1200 mujeres en edad fértil, para obtener la muestra se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión obteniendo como muestra 150 mujeres en edad fértil, según muestreo no probabilístico. Se realizaron las encuestas a 150 mujeres de la población en estudio. **Resultados** obtenidos reportan que el 54,0% de las mujeres, no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, frente a un menor porcentaje que sí mostró conocimiento 46,0%. Así mismo las brechas del conocimiento se muestra que el 51,3% desconocen la importancia de la prueba del Papanicolaou y el 60,7% no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del Papanicolaou, seguidos del 67,3% no conoce el lugar de donde se toma la muestra. Por otro lado el 98,7% de las mujeres tienen una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou y solo el 1,3% muestra una actitud desfavorable. En cuanto a la práctica global han demostrado que el 14,7% de las mujeres practican la prueba de Papanicolaou y el 85,3% tienen prácticas negativas. **Conclusión** las mujeres en estudio no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo presentan actitudes favorables y prácticas negativas, situación preocupante que amerita profundizar.

**Palabras claves:** Actitud, Conocimiento, Papanicolaou, Práctica.

## **ABSTRACT**

The present study had as general objective, to describe the knowledge, attitudes and practices regarding taking Pap in women of childbearing age young people La Victoria district of Chimbote during the period from April to July 2014. methodology applied is a study of descriptive quantitative level, simple design of a single box cross cohort. The population was constituted by 1200 women of childbearing age, to obtain the sample had encuesta the inclusion and exclusion criteria obtubiendo as shown in 150 women of childbearing age, according to non-probability sampling. surveys of 150 women from the study population were conducted. Results reported that 54.0% of women do not have a comprehensive knowledge about the Pap test, compared to a lower percentage if knowledge was 46.0%. Likewise knowledge gaps shows that 51.3% are unaware of the importance of the Pap test and 60.7% do not know in which cases should not take Pap sample, followed by 67.3% do not know the place where the sample is taken. On the other hand 98.7% of women have a favorable overall attitude to take pap smears and only 1.3% shows an unfavorable attitude. As for the overall practice they have shown that 14.7% of women practice Pap test and 85.3% had negative practices. Conclusion women in study did not have a comprehensive understanding about taking Pap, however have favorable attitudes and negative practices, worrying situation that warrants further.

Keywords: Attitude, Knowledge, Papanicolaou, Practice.

## CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria (opcional)	iv
4. Resumen	vi
5. Abstract	vii
5. Contenido	viii
6. Índice de tablas	x
7. Índice de figuras	xi
I. Introducción	1
II. Revisión de Literatura	5
2.1. Antecedentes.	5
2.2. Bases teóricas.	9
2.2.1. Bases teóricas del conocimiento.	9
2.2.2. Bases teóricas de la actitud.	17
2.2.3 bases teóricas de la práctica.	24
2.3 Marco Conceptual.	25
2.3.1. Cáncer del cuello uterino.	25
2.3.2. Prevención Primaria y secundaria.	25
a. Prevención Primaria.	25
b. Prevención Secundaria.	26
c. Educación a la población.	27
d. Frecuencia de la prueba.	27
e. Requisitos para la prueba de Papanicolaou.	29
f. Procedimiento de la prueba.	30
2.3.3 Factores de Riesgo asociados.	31
2.3.4 El sistema Bethesda.	38
2.3.5. Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino.	40
2.3.6. Modelo de nivel de salud de OMS	40

III. Metodología	42
3.1. Diseño de la investigación	42
3.2. Población y muestra	42
3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión para el estudio	43
3.3 Técnicas e instrumento de medición	47
3.3.1 Técnica	47
3.3.2 Instrumento	47
3.3.3 Procedimiento	48
3.4 Plan de análisis	49
IV. Resultados	50
4.1. Resultados	50
4.2. Análisis de resultados	60
V. Conclusiones	64
VI. Aspectos complementarios	66
VII. Referencias Bibliográficas	77
VIII. Anexos	81

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Conocimiento frente al Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven. La Victoria- distrito Chimbote – 2014.	51
Tabla 02	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria – distrito de Chimbote- 2014.	53
Tabla 03	Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria distrito Chimbote -2014.	55
Tabla 04	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria distrito Chimbote – 2014.	56
Tabla 05	Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria distrito Chimbote- 2014.	58

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico circular del Conocimiento Global sobre el Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria- distrito Chimbote – 2014.	50
Figura 2	Gráfico circular de la Actitud Global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria distrito de Chimbote – 2014.	52
Figura 3	Gráfico circular de la Práctica frente a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria distrito Chimbote - 2014.	54

## I. INTRODUCCIÓN

El estudio se realizó con la finalidad de verificar si “las mujeres de edad fértil del pueblo joven” (citado por Estelita, 2016) La Victoria “tienen conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou” (citado por Estelita, 2016). El cáncer de cuello uterino es una de las patologías con altas tasas de incidencia y mortalidad en el sexo femenino, ocupando el quinto lugar entre las neoplasias más frecuentes y el segundo lugar entre los tumores ginecológicos <sup>(1)</sup>. El Cáncer de cuello uterino se ha convertido en un problema de salud pública, a nivel mundial, nacional y local por su alta tasa de mortalidad. Se estima que a nivel mundial se diagnosticarán aproximadamente 10 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 20 millones de casos nuevos <sup>(2)</sup>. Según la OMS estima que en el año 2005 se produjeron 5 millones de defunciones por esta causa <sup>(2)</sup>.

Más del 70% de todas las muertes por cáncer de cuello uterino se producen en países con ingresos económicos bajos, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. <sup>(2)</sup> En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer de cuello uterino, estima que en el año 2004 ocurrieron 3,962 casos nuevos y 1,540 muertes por esta causa.

Según el oncólogo Juan Suazo Casanova estimó que en la ciudad de Chimbote se diagnosticarón 150 nuevos casos de cáncer cada año. Esta problemática mayormente ocurre en mujeres que viven en extrema pobreza y aquellas que no tienen acceso a los establecimientos de salud <sup>(4)</sup>. La población aún sigue “con desconocimiento sobre las medidas de prevención y autocuidado sobre la salud sexual y reproductiva” (citado por Estelita, 2016). Es importante adoptar estilos de vida saludable, ya que el 90% de los casos de cáncer está relacionado a malos hábitos y forma de vida <sup>(4)</sup>. La accesibilidad oportuna a servicios de salud, un diagnóstico a tiempo, un programa integral de tratamiento del cáncer en todas sus etapas, podrá disminuir significativamente la incidencia de morbimortalidad. Sin embargo en Chimbote sólo el 10% de la población con cáncer inicial tienen acceso a servicios oncológicos. <sup>(4)</sup>

Se escogió como área de estudio el pueblo joven La Victoria, la misma que pertenece a la jurisdicción del Centro de Salud Magdalena. La población en general es de 4510 personas. Según los datos del Puesto de Salud de Magdalena, siendo 1200 las mujeres de edad fértil, algunas de las mujeres se dedican al comercio independiente, y la mayoría son trabajadoras del hogar. 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 La Victoria - Distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014? Para dar respuesta al problema, se ha planteó el siguiente objetivo general: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven La Victoria del Distrito de Chimbote durante el período de Abril – Julio del 2014” (citado por Estelita, 2016).

Para poder conseguir el objetivo general, se planteo seis objetivos específicos: El primero es “describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou que tienen las mujeres en estudio, identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen del Papanicolaou en las mujeres en estudio, identificar la actitud global frente a la toma de la prueba del Papanicolaou, 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, 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 y por ultimo describir las características sociodemográficas sexuales y reproductivas en las mujeres en estudio” (citado por Estelita, 2016).

La investigación se justifica porque es importante conocer la causa del incremento de índices de cáncer de cuello uterino, asimismo conocer “sus conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou” (citado por Estelita, 2016), de las mujeres en estudio, por otro lado es importante abordar componentes sobre la “problemática del cáncer del cuello uterino, medidas orientadas a evitar la aparición” (citado en obstetricia.uladech.edu.pe) del cáncer de cuello uterino, “mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. El estudio permitirá contar con información clave e identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, la misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando un cambio en su actitud y prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva de la población femenina” (citado por Estelita, 2016). La investigación beneficiará a las mujeres en edad fértil del pueblo joven La Victoria.

La “metodología se centra en un estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, porque no se manipularán las variables en estudio, serán medidas y descritas tal como se encuentren en la realidad” (citado por Estelita, 2016). Diseño no experimental, de cohorte transversal de una sola casilla. La población la constituyeron las mujeres en edad fértil que cumplieron con los criterios de inclusión: Mujer residente en el pueblo joven La Victoria, que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio, mujeres sexualmente activas, mujeres que hayan aceptado participar en el estudio.

Los resultados se presentan en tres partes, la primera parte abarca sobre el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou con sus seis reactivos en estudio, en la cual se muestran que más de la mitad de las mujeres en estudio no conocen acerca de la prueba. La segunda parte presenta la actitud global de las mujeres en estudio, con sus ocho reactivos, donde se evidencia que “la mayoría de las mujeres tienen una actitud favorable frente a la prueba” (citado en obstetricia.uladech.edu.pe). Finalmente se presenta la práctica global con sus seis reactivos estudiados, donde se muestra que la mayoría de las mujeres tiene prácticas negativas frente a la prueba.

“Se concluye que las mujeres en edad fértil del Pueblo joven La Victoria no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo presentan actitudes favorables pero tienen prácticas negativas, situación preocupante que amerita profundizar el estudio para relacionar el conocimiento con las prácticas y actitudes” (citado por Estelita, 2016).

## II. Revisión de la literatura

### 2.1. Antecedentes

#### *En relación al Conocimiento sobre la Toma del Papanicolaou.*

Cogollo <sup>(5)</sup> en el año 2010, en la ciudad de Colombia, realizó un estudio donde el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervico-uterino y el 58% conocía acerca de la prueba. Con respecto a los reactivos estudiados, el 57% respondió que se extrae del cuello del útero, y el 23% considera que ésta proviene de la secreción vaginal. Con respecto a la interrogante sobre cuál es el propósito de la prueba citológica, el 71% de las mujeres respondió que es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Tenorio, I <sup>(6)</sup> en el año 2010, en la ciudad de Nicaragua, exploró 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 diagnóstico para la detección de cáncer cervico-uterino, el 41,3% no conocen la utilidad de la prueba y el 1,3% refirió que sirve para detectar un embarazo. El 84% conoce que la prueba no se debe realizar durante el periodo menstrual, un 16% no reconocen esta condición. El 40% respondieron que es importante la abstinencia sexual 48 horas previa a la realización de la prueba, el 60% no conocían esta condición.

En el año 2011, Figueroa <sup>(7)</sup> en la ciudad de Colombia encontró que el 83,3% de las mujeres encuestadas conocen acerca de la prueba del papanicolaou y solo el 16,7% manifestaron no conocer acerca de la prueba. En relación al sitio de la toma de la muestra se presenta que el 45,3% conocen el lugar para la toma de la muestra, a comparación del 42% mencionó que la muestra se extrae de la vagina y aproximadamente el 11,3% manifestó no saber de dónde se extrae la muestra.

Pues bien, en los estudios realizados a nivel nacional, describen a Beltrán, M. <sup>(8)</sup> en el año 2009, donde realizó una investigación acerca de los conocimientos sobre la toma de muestra del Papanicolaou en mujeres Trujillanas concluyendo que el 65,1% de las entrevistadas muestran un nivel alto de conocimientos acerca del examen, frente a un 34,9% que desconocen sobre la prueba. Al año siguiente, Seminario, P et al <sup>(9)</sup> realizó una investigación en la ciudad de Chiclayo, en mujeres de 20 a 45 años, donde se reportó que el 44,8% de las entrevistadas, tuvieron 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 del Papanicolaou se extrae 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 <sup>(10)</sup> realizaron un estudio con el mismo grupo etario de mujeres en la ciudad de Tarapoto, donde encontrarón que el 50,45% de la población entrevistada tienen un conocimiento alto sobre la prueba citológica, seguido del 24,32% de mujeres que poco de la prueba y sólo el 25,3% tienen un nivel bajo de conocimientos en lo que respecta a este examen.

En el año 2013, Guillermo, A <sup>(11)</sup>, realizó su estudio 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 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

***En relación a las actitudes frente a la toma del Papanicolaou:***

En los estudios a nivel internacional revelan resultados importantes, así se observa en estudios de Jaén <sup>(12)</sup> en el año 2009, encontró que la actitud hacia esta prueba no fue favorable. Las razones 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 <sup>(5)</sup>, informó que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba de citología cervico uterino, mientras que el 45% tienen una actitud favorable.

Ya en el 2010, Martínez y Vázquez <sup>(13)</sup> evidenció lo contrario, el 91,4% de las mujeres presenta una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 8,6% tiene una actitud desfavorable.

Por otro lado, en los estudios realizados en los diversos departamentos del Perú, se hace relevante mencionar a Beltrán, M. <sup>(8)</sup> 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 otro lado, Seminario, P et al <sup>(9)</sup> en el año 2011, obtuvo resultados distintos, el 52,6% de las entrevistadas tienen una actitud desfavorable sobre el examen del Papanicolaou y el 47,4% que muestran una actitud favorable. Respecto a 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”.

Carrasco, J y Valera, L. <sup>(10)</sup> 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 negativa y el 21,62% se muestran indiferentes. Dos años más tarde, Guillermo, A <sup>(11)</sup> reportó que el 92% de las entrevistadas tienen una actitud favorable y un 8% una actitud desfavorable sobre la toma del Papanicolaou.

***En relación a las prácticas frente a la toma del Papanicolaou.***

Figueroa <sup>(7)</sup>, en año 2010 encontró que el 83,3% de la población ha practicado la citología vaginal. En 36% práctica la prueba anual y el 27,3%, cada seis meses; y el 36,7% que respondieron que nunca se realizó la prueba. El 48,8% de las encuestadas respondieron que realizan la prueba por iniciativa propia e indicación médica; solo el 3,2% lo hizo por sugerencia de un tercero. El 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 <sup>(5)</sup>, observo que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. Por su parte, Palma<sup>(14)</sup> realizó una investigación en lima, en el año 2011, donde 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 <sup>(9)</sup> en el año 2011, obtuvo como resultados, 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 exámen citológico con una frecuencia adecuada; el 31,9% nunca se había realizado el exámen 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 <sup>(10)</sup> en el mismo año, en su estudio se concluyó que el 76,58% de las encuestadas tienen una práctica inadecuada. Solo el 23,42% mantienen una práctica adecuada. Dichos resultados tiene una semejanza a la investigación de Guillermo, A <sup>(11)</sup> 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 Papanicolaou por indicación médica o de terceros y el 41,3% de las mujeres por iniciativa propia; el 60% no práctica 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” (citado por Estelita, 2016).**

“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, observaciones y elementos que pueden ser o no útiles. 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. Según Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento” (citado por Estelita, 2016).<sup>(15)</sup>

“El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga el pre-saber que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos” (citado por Estelita, 2016).<sup>(16)</sup>

Según “la literatura revisada el conocimiento tiene tres características básicas” (citado por Estelita, 2016):

El conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas. <sup>(16)</sup>

Sirve de guía para la acción de las personas, en sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos. <sup>(16)</sup>

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficiente. <sup>(16)</sup>

a. **“Modelo Cooperativo Participativo”** (citado por Estelita, 2016)

“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 resultado 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” (citado por Estelita, 2016).

“Para que una situación sea de trabajo cooperativo hace falta que exista un objetivo común a través de cual el grupo se vea recompensado por sus esfuerzos” (citado por Estelita, 2016).<sup>(17)</sup>

“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  
<sup>(17)</sup> Johnson & Johnson (1994) plantean una serie de elementos del trabajo cooperativo que lo hacen más productivo que los modelos comentados anteriormente” (citado por Estelita, 2016).<sup>(17)</sup>

**b. “Principios de una intervención educativa”** (citado por Estelita, 2016)

**“Interacciones cara a cara de apoyo mutuo”** (citado por Estelita, 2016).

“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” (citado por Estelita, 2016). <sup>(18)</sup>

**“Responsabilidad personal individual”** (citado por Estelita, 2016).

“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” (citado por Estelita, 2016). <sup>(18)</sup>

**“Destrezas interpersonales y habilidades sociales”** (citado por Estelita, 2016).

“Se trata de conseguir que la persona conozca y confíe 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” (citado por Estelita, 2016). <sup>(18)</sup>

**“Autoevaluación frecuente del funcionamiento del grupo”** (citado por Estelita, 2016).

“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 <sup>(18)</sup>. Johnson y Johnson (1999) definen el esfuerzo cooperativo diciendo que:” (citado por Estelita, 2016) "existe cuando hay interdependencia positiva entre los logros de los alumnos. Los alumnos sienten que pueden alcanzar sus objetivos sólo si los otros alumnos de su grupo alcanzan también los suyos". “Este tipo de interdependencia positiva es esencial para el aprendizaje cooperativo” (citado por Estelita, 2016) <sup>(17)</sup>

“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 los 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” (citado por Estelita, 2016) <sup>(17)</sup>.

“Citan las reglas básicas de la cooperación:” (citado por Estelita, 2016)

- “Cuando una persona hable el resto escucha.
- Se respetarán todas las ideas.
- Pueden existir varias respuestas” (citado por Estelita, 2016).

“Y resumen las características del trabajo cooperativo:” (citado por Estelita, 2016)

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

“Con Piaget (1962) sobreviene la perspectiva evolutiva cognitiva, para Piaget, cooperación es” (citado por Estelita, 2016) "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” (citado por Estelita, 2016) <sup>(19)</sup>.

“Vigotzkii (1978) basa su teoría en que las funciones y logros humanos se originan en las relaciones sociales, dice que” (citado por Estelita, 2016): "el conocimiento es social y se lo 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 en ‘colaboración’ con pares o con guías e instructores”<sup>(19)</sup>.

Luego de haber revisado las teorías para cuestiones de salud, se tomara la base teórica según Huamán C <sup>(20)</sup>. El “conocimiento es personal, en el sentido ese que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal” (citado por Estelita, 2016). <sup>(20)</sup>

### **2.2.2. “Bases teóricas de la actitud:”** (citado por Estelita, 2016)

“La actitud es una predisposición aprendida no innata y se establece 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”<sup>(21)</sup> (citado por Estelita, 2016).

#### **a. “Teorías del aprendizaje”** (citado por Estelita, 2016)

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(22)</sup>

**b. “Teoría de la disonancia cognitiva”** (citado por Estelita, 2016)

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(22)</sup>

“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.” (citado por Estelita, 2016)<sup>(22)</sup>

**a. “Perspectiva de la actitud”** (citado por Estelita, 2016)

Según la teoría de Fishbein y Ajzen, la actitud se define como la “forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. Para otros teóricos se define como las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas que tienen cada persona. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo” (citado por Estelita, 2016) <sup>(23)</sup>

“Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed, 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)” (citado por Estelita, 2016) <sup>(23)</sup>.

“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. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto” (citado por Estelita, 2016).<sup>(23)</sup>

**b. “Tipos de Actitud”** (citado por Estelita, 2016)

**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 <sup>(23)</sup>

**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 que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación. <sup>(23)</sup>

**Actitud Manipuladora.-** Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. <sup>(23)</sup>

**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. (23).

**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 (23).

**c. “La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud”** (citado por Estelita, 2016)

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(23)</sup>

“Las actitudes dependen, en gran medida, de las convicciones importantes o centrales que tiene una persona y bajo determinadas condiciones, predicen sus conductas” (citado por Estelita, 2016).

“De ahí que las actitudes de una persona tengan relación con sus valores y comportamientos” (citado por Estelita, 2016).<sup>(23)</sup>

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

**“LA AUTENTICIDAD”** (citado por Estelita, 2016)

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(24)</sup>

### **“LA FORTALEZA DE LA VOLUNTAD”** (citado por Estelita, 2016)

“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 (Rojas, E. 1997). La voluntad necesita un aprendizaje gradual, que se consigue con la repetición de actos en donde uno se vence, lucha, 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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(24)</sup>

### **“LA AUTOESTIMA”** (citado por Estelita, 2016)

“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 trabajo, 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 (Branden, N. 2000). La persona con una autoestima adecuada actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos, disfrutará con sus logros” (citado por Estelita, 2016).<sup>(24)</sup>

## **EL “CUIDADO DEL OTRO”** (citado por Estelita, 2016)

Es “la actitud moral de respeto a la persona que ha sido denominada” (citado por Estelita, 2016) «compasión» (Ortega, P. 1997). Es la actitud del cuidado ante el sufrimiento de cada individuo, con un dolor intransferible, ajeno a toda abstracción.

(24)

Como investigador voy a trabajar en base a la “forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida así mismo como las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí” (citado por Estelita, 2016).<sup>(24)</sup>

### **2.2.3. “Bases teóricas de la práctica:”** (citado por Estelita, 2016)

Figuroa plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida<sup>(7)</sup>

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 (25)

### **2.3. “Marco Conceptual”** (citado por Estelita, 2016)

#### **2.3.1 “Cáncer del cuello uterino”** (citado por Estelita, 2016)

“El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial los cuales empiezan con displasia leve, las lesiones se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio. En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina. El CIN III no se diferencia mucho al anterior, está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina” (citado por Estelita, 2016).<sup>(24)</sup>

### **2.3.2 “Prevención primaria y secundaria”** (citado por Estelita, 2016)

#### **a. “Prevención Primaria”** (citado por Estelita, 2016)

“Las principales medidas descritas para prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por virus papiloma humano (VPH)” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>.

#### **Vacunación “contra el Virus Papiloma Humano”** (citado por Estelita, 2016)

“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 pre invasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>.

**b. “Prevención Secundaria”** (citado por Estelita, 2016):

Prevención secundaria “incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>.

La metodología para “tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou, la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>.

**c. “Educación a la población:”** (citado por Estelita, 2016)

“La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la aparición 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, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios randomizados de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva

para la toma del examen de Papanicolaou 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” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>.

**d. “Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou:”** (citado por Estelita, 2016)

“Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras 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, las siguientes se tomaran cada tres años.” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>

“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” (citado por Estelita, 2016) <sup>(26)</sup>.

“Así mismo:” (citado por Estelita, 2016)

- “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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(26)</sup>
  
- “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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(26)</sup>
  
- “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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(26)</sup>
  
- “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)” (citado por Estelita, 2016)<sup>(3)</sup>.

**e. “Requisitos para la Prueba de Papanicolaou:”** (citado por Estelita, 2016)

“Los siguientes son requisitos para la obtención de una muestra citológica con condiciones óptimas para su evaluación” (citado por Estelita, 2016):

“El examen no debe realizarse durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último periodo menstrual” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

“Cuarenta y ocho horas previas al examen la paciente no debe haberse realizado duchas vaginales, tenida relación sexual o usado tampones, jabones, cremas vaginales, o medicamentos vía vaginal” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

**f. “Procedimiento de la prueba:”** (citado por Estelita, 2016)

“Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos” (citado por Estelita, 2016)<sup>(21)</sup>

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

“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.” (citado por Estelita, 2016) <sup>(21)</sup>

“Recolección de la muestra: Existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocervix, zona de transformación y endocervix que incluye cepillos endocervicales, espátulas de madera y plásticas” (citado por Estelita, 2016). <sup>(21)</sup>

“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” (citado por Estelita, 2016)’. <sup>(21)</sup>

“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” (citado por Estelita, 2016). <sup>(21)</sup>

### 2.3.3. “Factores de riesgo asociados” (citado por Estelita, 2016)

#### **El Papiloma Virus**

“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. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras” (citado por Estelita, 2016).<sup>(20)</sup>

“La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix. Los factores determinantes que se conocen para que esta progresión ocurra, son: tipo viral, persistencia de la infección en exámenes repetidos y carga viral por unidad celular (probable)” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

**“El consumo de tabaco”** (citado por Estelita, 2016)

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

### **Sistema inmunológico debilitado**

“El VIH (virus de inmunodeficiencia humana o HIV por sus siglas en inglés), 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 del 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 cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune o aquellas que se han sometido a un trasplante de órgano” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

### **“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

### **“Píldoras anticonceptivas”** (citado por Estelita, 2016)

“El uso de píldoras anticonceptivas por periodos 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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

**“Inicio temprano de las relaciones sexuales”** (citado por Estelita, 2016)

“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. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

**“Números de parejas sexuales”** (citado por Estelita, 2016)

“El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica 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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

## **“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(21)</sup>

## **“Clínica del cáncer y sintomatología”** (citado por Estelita, 2016)

“Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que producen 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 paciencia baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción del flujo de orina, por la

invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto” (citado por Estelita, 2016). <sup>(21)</sup>.

“Cuando el tumor se ha extendido a sitios lejanos como el hígado, el cerebro o los pulmones, que son sitios frecuentes de diseminación del tumor a través de la sangre, puede provocar síntomas, dependiendo del lugar afectado” (citado por Estelita, 2016).

<sup>(21)</sup>

“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 Virus del Papiloma Humano (IVPH), las lesiones pre malignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como el Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente” (citado por Estelita, 2016). <sup>(21)</sup>

“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; o fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico” (citado por Estelita, 2016). <sup>(21)</sup>

**“Diagnóstico del cáncer del cuello uterino:”** (citado por Estelita, 2016)

“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:” (citado por Estelita, 2016)

**Colposcopia:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesiones macroscópicas evidente. <sup>(21)</sup>

**Biopsia exocervical y/o endocervical:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico. <sup>(21)</sup>

**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. <sup>(21)</sup>

**Conización Cervical:** En los casos que se sospeche una microinvasión o disociación colpo-citohistológica, por ejemplo: colposcopía 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. <sup>(21)</sup>

#### **2.3.4. “El sistema Bethesda” (citado por Estelita, 2016)**

“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 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda” (citado por Estelita, 2016) <sup>(21)</sup>.

**“Cuadro 1. Clasificación de diagnóstico citológico según el sistema de Bethesda”** (citado por Estelita, 2016).

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

**2.3.5. “Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino”** (citado por Estelita, 2016).

“Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables, el Papiloma Virus Humano es un organismo difusamente encontrados 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 cérvicouterino a través de los servicios de tamizaje. Si este primer 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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(2)</sup>

**2.3.6. “Modelo de nivel de salud de OMS:”** (citado por Estelita, 2016)

“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” (citado por Estelita, 2016)<sup>(3)</sup>.

“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” (citado por Estelita, 2016).<sup>(3)</sup>

En particular, en la conductista, que 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 sospecha 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.

<sup>(3)</sup>

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal. Las variables serán medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad.

**Esquema:**



Donde:

**M:** Mujeres en edad fértil del pueblo joven La Victoria.

**X:** Variables Conocimiento, actitud y Practicas.

**O:** Representa lo que se observa el investigador.

## **3.2 Población y Muestra**

La población estuvo constituido por 1200 mujeres de edad fértil en edades de 15 a 49 años, tomando como muestra a 150 mujeres en edad fértil, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

### **Muestra**

La muestra fue seleccionada según muestreo no probabilístico, conformado por 150 mujeres en edad fértil, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión para el estudio**

#### **a) Criterios de Inclusión**

- Mujeres en edad fértil residente por lo menos 1 año en el PP.JJ La Victoria.
- Mujeres que se encuentren entre los 15 a 49 años en el año en estudio.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que hayan aceptado participar del estudio.

## **b) Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio.
- Mujeres con capacidades diferentes.
- Mujeres con trastornos mentales.
- Mujeres que estén con la enfermedad.
- Mujeres que hayan participado de programa educativo de prevención de cáncer de cérvix.

Ver cuadros de Operacionalización de Variables.

**Cuadro 01**

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

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>SUB-INDICADORES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
Conocimiento sobre citología vaginal	Conjunto de ideas y conceptos enunciados sobre citología vaginal que tienen las mujeres en edad fértil.	Definiciones y conceptos básicos. Definición del Papanicolaou.	Tipo de prueba. Lugar donde se toma la prueba.	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce
		Medidas preventivas previas a la toma de citología vaginal. Beneficios e importancia del Papanicolaou.	Prueba para la detección del Cáncer cervical.  Importancia de hacerse la prueba rutinariamente.	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce
			Momento idóneo para la prueba.	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce
			Número de veces de la prueba en un determinado tiempo.	Cualitativa	Nominal	Conoce Desconoce

**Cuadro 02**

**MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUD HACIA LA PRUEBA DEL PAP**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>SUB-INDICADORES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
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.	Toma del PAP.	Solicitud de la prueba.	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Realización del PAP en el momento idóneo. Verificación de resultados.	Realización de la prueba en un momento determinado. Importancia de hacerse la prueba rutinariamente.	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Verificaciones de resultados	Interés por recoger los resultados. Interés por el reconocimiento detallado de los resultados	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable

**Cuadro 03**

**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.	Toma del PAP.	Realización del PAP.	Cualitativa	Nominal	Acceptable No aceptable
		Realización del Papanicolaou en el momento idóneo.	Realización de la prueba en un momento determinado. Razones de la prueba.	Cualitativa	Nominal	Acceptable No aceptable
		Verificación de resultados.	Recojo de los resultados.  Explicación especializada de los resultados.	Cualitativa	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 1) el mismo que estuvo compuesto por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde la respuestas tienen 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 . Para identificar las prácticas que realizan en relación a la prueba del Papanicolaou se aplicó el **Test de prácticas de la prueba del Papanicolaou**, que

consta 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 establecido, asimismo se realizó el reconocimiento de la zona en estudio, posteriormente se visitó a los informantes claves para obtener datos suficientes de la población. Se aplicó la encuesta domicilio por domicilio haciendo llegar con anticipación el formulario con información y a la vez una solicitud para su consentimiento en el estudio (anexo 02). Una vez obtenida la autorización se explicó a las mujeres sobre los objetivos de la investigación y su participación voluntaria. La encuesta fue realizada en su propia casa, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada. En todo momento de la investigación se tuvo 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 informo el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

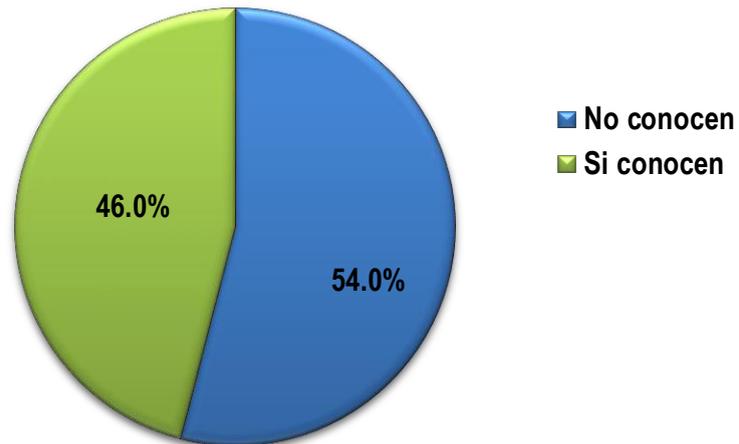
#### **3.4. Plan de análisis**

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 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.



**Figura 1.** Gráfico circular del Conocimiento Global sobre Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven La Victoria - Distrito Chimbote – 2014

**Fuente:** Tabla 6.

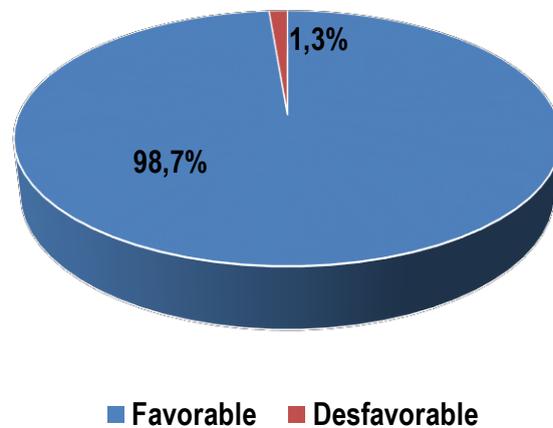
**La Figura 1** muestra una preocupación porque el 54,0% no tienen conocimiento global acerca de la prueba. Solo el 46,0% refirió saber de la prueba.

**Tabla 2*****Conocimientos de la Prueba del Papanicolaou Según Reactivos en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria - Chimbote, 2014.***

Reactivos	Conoce		No conoce	
	N	%	N	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	131	87,3	19	12,7
2. Lugar de la toma de muestra	49	32,7	101	67,3
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	118	78,7	32	21,3
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	73	48,7	77	51,3
5. Casos en que no se toma la muestra	59	39,3	91	60,7
6. Frecuencia de la toma de muestra	122	81,3	28	18,7

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14 - 49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**La tabla 2:** Muestra el conocimiento de las mujeres de edad fértil del pueblo joven La Victoria donde se evidencia que de los seis reactivos explorados, tres de ellos son los menos conocidos por las mujeres, con 51,3 % no conocen la importancia de la toma del Papanicolaou, y 60,7 % desconoce en qué casos no se debe tomar la prueba, seguidos del 67,3% no sabe el lugar de donde se toma la muestra. Así mismo el 87,3% de las mujeres en estudio conocen que es la prueba del papanicolaou, mientras el 78,7% saben para qué sirve la prueba, seguido del 81,3% de las mujeres conocen la frecuencia de la toma de muestra.



**Figura 2.** Gráfico circular de la Actitud Global frente a la Toma de Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven La Victoria Distrito Chimbote - 2014

**Fuente:** Tabla 7.

**La Figura 2** Indica que la mayoría 98,7 % de las mujeres en estudio muestra una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 1,3% tiene una actitud desfavorable.

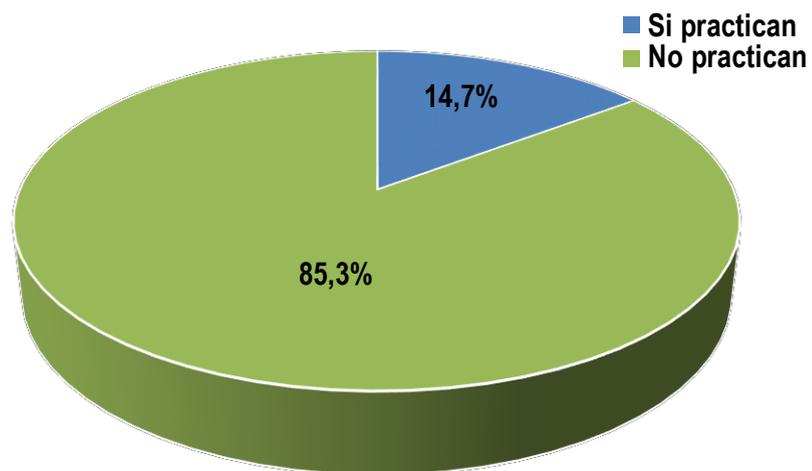
**Tabla 2*****Actitud frente a la Toma del Papanicolaou Según Reactivos en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria – Chimbote, 2014.***

REACTIVOS	FAVORABLE	DESFAVOABLE
	%	%
1. Disponibilidad para la realización de Toma de PAP	75,3	24,7
2. Examen debe hacerse si el medico lo solicita	74,0	26,0
3. El material que se utiliza no es un obstáculo	70,7	29,3
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años	74,6	25,4
5. Importancia de la prueba para detectar cáncer a tiempo	74,0	26,0
6. Siempre solicita los resultados de la prueba	66,0	34,0
7. Importancia de la explicación de los resultados	77,3	22,7
8. Disponibilidad sobre la lectura de los resultados	80,6	19,4

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**La tabla 4** indica que el 75,3 % de las mujeres en estudio, muestran disponibilidad para realizarse la prueba, así mismo el 74,6% consideran necesario realizarse la prueba el Papanicolaou todos los años, seguido del 74,0% se realizan la prueba si el medico lo solicita, así mismo el 74,0% reconocen la importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo. El 34,0% siempre solicitan el resultado de la prueba, seguido del 77,3% saben la importancia de la explicación de los resultados de la prueba, y el 80,6

% muestra disponibilidad y tiempo para la lectura de los resultados. Por otro lado el 29,3% de las mujeres, muestran una actitud desfavorable, frente al material que se emplea para obtener la muestra, refieren que es incómodo, causando dolor y temor.



**Figura 3.** Gráfico circular de Práctica Global Frente a la Toma de Papanicolaou de las Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven La Victoria - Distrito Chimbote, 2014.

**Fuente:** tabla 8.

**La Figura 3** muestra que la mayoría de las mujeres en estudio 85,3 % no tienen prácticas adecuadas frente a la prueba, y solo el 14,7 % cumple con el autocuidado de su salud.

**Tabla 3*****Práctica Frente a la Toma de Papanicolaou Según Reactivos Explorados en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria – Chimbote, 2014.***

Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
Practicó la prueba del Papanicolaou en algún momento de su vida	117	77,7	33	22,3
Se practicó la prueba en el año en estudio	45	30,0	105	70,0
Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	60	39,7	90	60,3
Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	62	41,3	88	58,7
Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	99	66,0	51	34,0
Solicita información sobre el resultados de la prueba	90	60,0	60	40,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**La tabla 6:** Muestra la práctica sobre la toma de Papanicolaou en la mujeres en estudio, donde el 77,7% de las mujeres se practicó la prueba del Papanicolaou en algún momento de su vida, el 66,0% manifiesta reclamar los resultados de la prueba, el 60,0% solicita información de los resultados de la prueba. Por otro lado se evidencian prácticas no favorables teniendo así, que el 58,7 % de las mujeres no se practican la prueba con iniciativa propia, así mismo el 60,3 % de las mujeres no practican la prueba anualmente, y el 70,0 % no se practicó la prueba en el año en estudio.

**Tabla 4*****Características Sociodemográficas de Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria - Chimbote, 2014.***

<b>Edad (años)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De 14 a 19	18	12,1
De 20 a 24	26	17,3
De 25 a 29	20	13,3
De 30 a más	86	57,3
Total	150	100,0
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltera	40	26,7
Casada	35	23,3
Conviviente	73	48,7
Viuda	2	1,3
Divorciada	0	,0
Total	150	100,0
<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No estudia	0	0,0
Primaria	13	8,7
Secundaria	120	80,0
Técnica	11	7,3
Superior	6	4,0
Total	150	100,0
<b>Ocupación actual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ama de casa	116	77,3
Empleada –obrero	12	8,0
Empleada- profesional	3	2,0
Trabajador independiente	19	12,7
Agricultora	0	,0
Total	150	100,0
<b>Religión que profesa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católica	147	98,0
Protestante (evangélica)	3	2,0
Otra	0	,0
Ninguna	0	,0
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**La Tabla 4:** Hace evidente las características sociodemográficas en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria se observa que la edad de las encuestadas son 57,3 % mayores de 30 años seguido del 17,3 % que se encuentran entre 20 a 24 años, 13,3 de 24 a 29 años. El 48,7 % son convivientes, 26,7% son solteras y 23,3% son casadas. Así mismo que el 80,0% estudiaron secundaria, 8,7% estudiaron primaria, sólo el 7,3% estudio técnico. Con respecto a la ocupación, el 77,3% son ama de casa, el 12,7% tienen trabajo independiente y el 8,0% son empleadas-obreras. La religión que profesa la mayoría es católica con un 98,0%, seguido de la evangélica con un 2,0%.

**Tabla 5*****Características Sexuales Reproductivas de las Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria – Chimbote, 2014.***

<b>Tuvo relaciones sexuales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	150	100
No	0	0
Total	150	100,0
<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
14 a 19	112	74,7
20 a 24	36	24,0
25 a 29	2	1,3
30 a más	0	0,0
No tuvo relaciones sexuales	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Número de partos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ningún parto	22	14,7
Primípara	41	27,3
Múltipara	78	52,0
Gran múltipara	9	6,0
Total	150	100,0
<b>Número de abortos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguno	130	86,7
1 a 2	19	12,6
3 a 4	1	0,7
5 a más	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Frecuentemente	39	26,0
Ocasionalmente	63	42,0
Por ahora no tengo	48	32,0
No he tenido relaciones sexuales	0	0
Total	150	100,0
<b>Número de compañeros sexuales durante toda su vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ninguno	0	0
1 a 2	135	90,0
3 a 4	15	10,0
5 a más	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Método anticonceptivo que utiliza</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Píldora combinada	17	11,3
Inyectable combinado	34	22,7
Inyectable de progestágeno	7	4,7
DIU (T Cu)	8	5,3
Preservativo	15	10,0
Ritmo/regla	2	1,3
Ninguno	67	44,7
Total	150	100,0

Continúa...

**Tabla 5**

***Características Sexuales Reproductivas de las Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria – Chimbote, 2014.***

<b>Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	138	92,0
No	12	8,0
Total	150	100,0

<b>Recibió tratamiento por dicha infección</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	138	92,0
No	12	8,0
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**La tabla 5:** Hace evidente que la mayoría de las mujeres encuestadas iniciaron la actividad sexual de entre 14 a 19 años con un 74,7% y un 24,0% lo hicieron a los 20 - 24 años. Del mismo modo la frecuencia de las relaciones sexuales lo realizan ocasionalmente un 42,0% y las mujeres que por ahora no tienen relaciones sexuales son un 32,0%. Además evidencia un porcentaje importante donde refiere que el 90,0% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales y un 10,0% tuvo 2 a 3 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 52,0% son multíparas y el 27,3% son primíparas. Mientras el 12,7% sufrió 1 a 2 abortos, y un 0,7% alguna vez tuvo 3 a 4 abortos. El 44,7% no usan método anticonceptivo, el 22,7% utilizan inyectable combinada y el 11,3% usan píldora combinada.

El 92,0% tuvo alguna ITS a comparación del 8,0% que no la sufrió, así mismo el 92,0% recibió algún tratamiento mientras que un 8,0% no recibieron tratamiento.

## 4.2. ANÁLISIS DE RESULTADO:

Existe muchos autores que hablan de la teoría del conocimiento, Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. <sup>(15)</sup> Situación que en plano empírico muestra resultados preocupantes, como lo observado en la figura 1 donde el porcentaje es del 54,0% de las mujeres entrevistadas no tienen conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou. Similares resultados se encontraron en Cartagena (Colombia) donde Cogollo <sup>(5)</sup> realizó una investigación en mujeres de 18 a 49 años, reportó que el 42% de ellas tenían un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervicouterino.

Asimismo en la tabla 1 desconocen los reactivos explorados, específicamente, hace evidente que el 60,7 % de las mujeres no saben en qué casos no se deben tomar la prueba del Papanicolaou, el 67,3 % no conoce el lugar de donde se toma la muestra, así mismo el 51,3% no sabe la importancia de la prueba del papanicolaou. Similares resultados se encontró a nivel nacional en el año 2013, donde Guillermo, A <sup>(11)</sup> realizó un estudio en el hospital de “Mama Ashu” distrito de Chacas reportando que el 66,7% de mujeres no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del papanicolaou, el 66,0% desconocen la importancia de la prueba, seguido del 40,0% no sabe de dónde se toma la muestra.

El bajo conocimiento se debe a la falta de interés acerca del papanicolaou. A pesar de que la mayoría de las mujeres tienen nivel de estudio de secundaria no tienen conocimiento global acerca de la prueba. Así mismo las mujeres en estudio refieren que alguna vez le brindaron información sobre el tema pero nunca le dieron importancia al caso, porque piensan que esta enfermedad solo afecta a personas que tienen antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino. En la actualidad aún existe debilidades en el campo preventivo promocional, lo cual me induce como profesional responsable de esta actividad a incrementar programas educativos para brindar información a la población, es importante educar acerca del papanicolaou y reforzar la información cada vez que sea necesarios e incentivar a la población a practicar la prueba cada año, para que en el futuro disminuya los índices de morbimortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Según la teoría de Fishbein y Ajzen, la actitud se define como la forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida así como las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas que tienen cada persona. <sup>(23)</sup> Así la figura 2, muestra que la mayoría de las mujeres en estudio, tienen una actitud global favorable el 98,7%. Resultados semejantes se evidencia en estudios nacionales; Beltrán, M. <sup>(8)</sup> en el año 2009, reportó que el 96,3% de las mujeres muestran una actitud favorable, frente a un 3,65% que tienen una actitud desfavorable. Asimismo en la tabla 2 tienen actitudes favorables frente a los reactivos explorados, el 75,3% tienen actitudes favorables a la disponibilidad de la prueba, el 77,3% consideran importante la explicación de los resultados del examen, y el 80,6% tienen actitud favorable frente a la disponibilidad

de lectura de la prueba. Resultados semejantes encontró Seminario, P<sup>(9)</sup> en el año 2011, respecto a los reactivos estudiados se encontró que el 47,4% mujeres, se sienten dispuesta para la realización de la prueba.

Con los resultados obtenidos indican que las mujeres en estudio tienen una actitud favorable, porque están dispuestas a realizarse la prueba del papanicolaou ya que consideran que es importante para su salud, sin embargo lo que interfiere es la poca información que reciben, brindando una adecuada información acerca de la prueba podría mejorar significativamente el nivel de conocimiento y con mejorar las prácticas.

Figuroa plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. <sup>(7)</sup> Resultados de la figura 3, muestran que 85,3% de las mujeres tienen prácticas negativas frente a la prueba del papanicolaou, solo el 14,7 % cumple con la práctica. Semejante resultado se observa en el estudio de Guillermo, A <sup>(10)</sup> quien realizó una investigación en el año 2011, informó que el 84,0% de la población de mujeres en edad fértil no practican el examen de Papanicolaou, a comparación de un 16,0% que si tienen practicas adecuadas. Según lo menciona Beltrán M, <sup>(8)</sup> acerca de las practicas tienen que ver con el bajo nivel de conocimiento, falta de tiempo, vergüenza, y demora en la entrega de los resultados, así mismo el material que se empleados en la prueba del papanicolaou, se ha vuelto una barrera para un buen porcentaje de mujeres generándoles en todo momento dolor y miedo.

Al interior de la práctica los reactivos explorados, revelan el 70,0% de las mujeres en estudio no se practicarón la prueba en el año en estudio, el 60,3% no se práctica la prueba anualmente, 58,7% no se practicó por iniciativa propia, sin embargo 77,7 % práctica la prueba del Papanicolaou y el 60,0% solicita información sobre los resultados y a la vez reclama el mismo. Similares resultados encontró Figueroa <sup>(7)</sup>, en año 2010 donde el 48,8% de las encuestadas respondieron que se realizan la prueba por iniciativa propia e indicación médica; solo el 3,2% lo hizo por sugerencia de un tercero. El 85,6% reclamarón los resultados y el 87,9% de las mismas solicitarón explicaciones al personal asistencial en relación al reporte del examen.

Las mujeres en estudio indicaron que no se practicán la prueba por desconocimiento, y alguna de ellas manifiestan que tienen temor a los instrumentos que se emplea para obtener la muestra, ya que tuvieron experiencias dolorosas e incómodas. Otro punto que interfiere en la práctica es que mayoría de las mujeres en estudio tienen hijos que atender y cuidar, generando así la falta de tiempo para realizarse la prueba. Por otro lado las mujeres no se realizan la prueba, porque la posta donde pertenecen no muestra interés por el cuidado de la comunidad, no realizan campañas de salud y es indispensable mencionar que la demora en la entrega de resultados es un indicador que desmotiva ser puntuales con la prueba.

## V. CONCLUSIONES:

Las mujeres en edad fértil del pueblo joven la Victoria en su mayoría no tienen conocimiento global sobre la toma de Papanicolaou se infiere que estaría relacionada con el nivel educativo y las acciones de promoción y prevención de los sistemas de salud.

El colectivo explorado mantienen brechas en el conocimiento, siendo las más preocupantes el 51,3% que desconoce la importancia de la prueba y el 60,7% no sabe que la muestra no se toma si la mujer esta menstruando, si ha tenido relaciones sexuales, y que no esté con un tratamiento vaginal, el 67,3 % no conoce que la muestra del Papanicolaou se extrae o se toma del cérvix.

La mayoría de las mujeres pese a tener actitudes favorables hacia la prueba de Papanicolaou, no presentan practicas adecuadas.

Por otro lado más de la mitad el 58,7% de las mujeres en edad fértil se realizó la prueba por iniciativa propia. Sin embargo 60,3% no se realiza esta prueba anualmente, el 66,0% reclaman los resultados de la prueba del Papanicolaou, pero refieren que los servicios de salud no responden oportunamente con los resultados.

Las características sociodemográficas se definen por 57,3 % mujeres en edad fértil son mayores de 30 años, el 48,7 % son convivientes, 26,7% son solteras. el 80,0% tiene secundaria, el 77,3% son ama de casa, la mayoría es católica.

El 44,7% de ellas no utiliza un método anticonceptivo, así mismo que el 98,0% sufrió ITS siendo un 98,0% de haber recibido tratamiento adecuado y oportuno, mientras que el 8,0% no sobrellevó una ITS.

## VI. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS.

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del P.J. La Victoria - Chimbote 2014”**

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><b><u>Preguntas de investigación:</u></b></p> <p>¿Qué conocimientos, actitudes y conductas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria en el distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014?</p>	<p><b><u>General:</u></b></p> <p>Describir los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p><b><u>Específico:</u></b></p> <p>Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou que tienen las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p>	<p>Por ser de nivel descriptivo, no se consideró una hipótesis.</p>	<p>Variables principales:</p> <p>Conocimientos. Actitudes. Prácticas.</p>

	<p>Identificar la actitud frente: a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y el recojo de los resultados en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar las practicas relacionadas con la toma del examen de Papanicolaou, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p>		
--	---	--	--

<b>METODOLOGÍA</b>			
<b>TIPO, NIVEL Y DISEÑO</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>	<b>PLAN DE ANÁLISIS</b>
<p><b><u>Tipo:</u></b> Descriptivo</p> <p><b><u>Nivel:</u></b> Cuantitativo</p> <p><b><u>Diseño:</u></b> Simple de una sola casilla de corte transversal.</p>	<p><b><u>P o b l a c i ó n :</u></b> El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por el Pueblo Joven La Victoria del distrito de Chimbote, la población está constituida por 1200 mujeres en edad fértil en edades de 15 – 49 años, que radican en dicha comunidad.</p> <p><b><u>M u e s t r a :</u></b> La muestra no probabilístico, por conveniencia, selecciona al azar simple 150 MEF de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.</p>	<p><b><u>T é c n i c a s :</u></b> Encuesta</p> <p><b><u>I n s t r u m e n t o s :</u></b> Cuestionario.</p>	<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.</p> <p>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>

**Tabla 6**

***Conocimiento Global sobre Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria-Chimbote, 2014.***

	Conoce	N	%
		69	46,0
Si No		81	54,0
Total		150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**Tabla 6:** Hace evidente que la mayoría de las mujeres de edad fértil del Pueblo Joven La Victoria no tiene un conocimiento global sobre el Papanicolaou (54%), seguido de un menor porcentaje que mostro conocimiento de (46%)

**Tabla 7**

*Actitud Global Frente a la Toma del Papanicolaou en Mujeres de Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria - Chimbote, 2014.*

<b>Actitud</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Favorable	148	98,7
Desfavorable	2	1,3
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

**La tabla 7:** Hace evidente que la mayoría de las mujeres del Pueblo Joven La Victoria tiene una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou teniendo como resultados el 98,7 %, y tan solo el 1,3 tienen una actitud desfavorable.

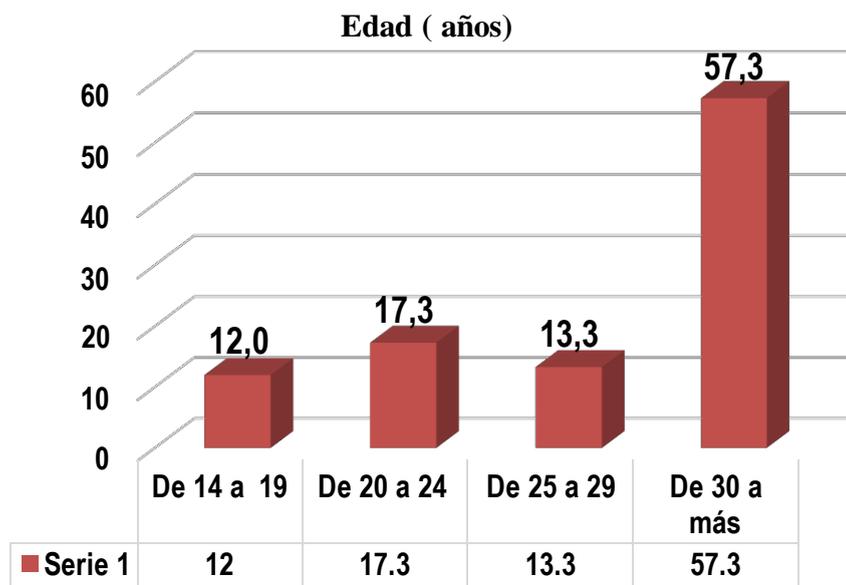
**Tabla 8**

*Práctica Frente a la Toma del Papanicolaou en Mujeres en Edad Fértil del Pueblo Joven, La Victoria - Chimbote, 2014.*

<b>Práctica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	128	14,7
No	22	85,3
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (14-49) del Pueblo Joven La Victoria durante los meses Junio-Julio, 2014.

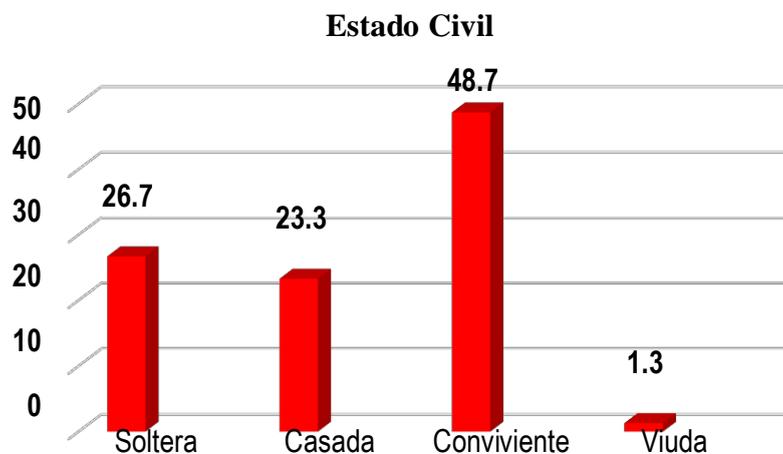
**La tabla 8:** Hace evidente las practicas frente a la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria, resaltando que el 85,3 % de mujeres no asume una práctica positiva frente a la prueba de Papanicolaou, y solo el 14,7 % cumple con el autocuidado de su salud.



**Figura 4.** Gráfico de barras

**Fuente:** tabla 4

**La Figura 4** muestra que el mayor porcentaje 57,3% de las mujeres en estudio tiene más de 30 años, seguida de un 13,3 % de 25 a 29 años. El 17,3% están entre 20-24 años y 12,0% entre 14-19 años.



**Figura 5.** Gráfico de barras

**Fuente:** tabla 4

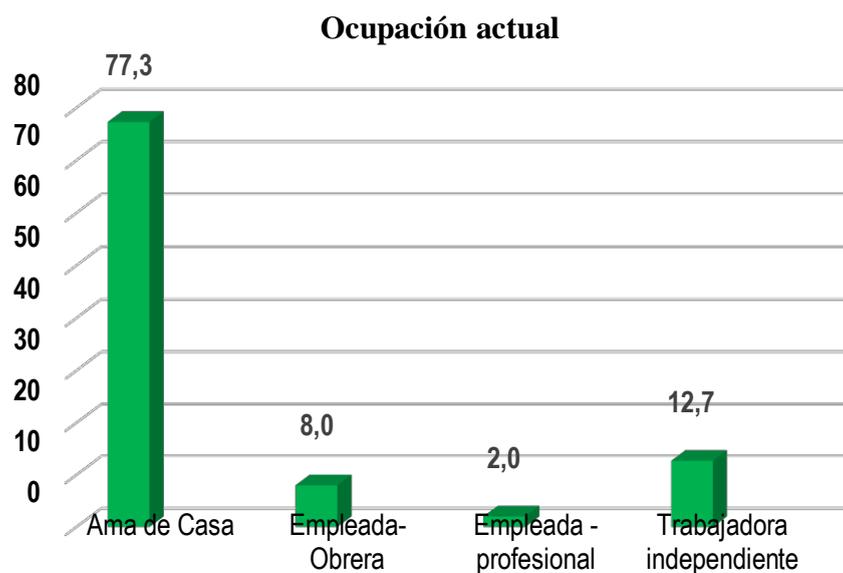
**La Figura 5,** evidencia que el 48,7% de las mujeres en edad fértil del pueblo joven La Victoria, son convivientes, el 26,7% son solteras, el 23,3% son casadas y el 1,3% son viudas.



**Figura 6.** Gráfico de barras

**Fuente:** tabla 4

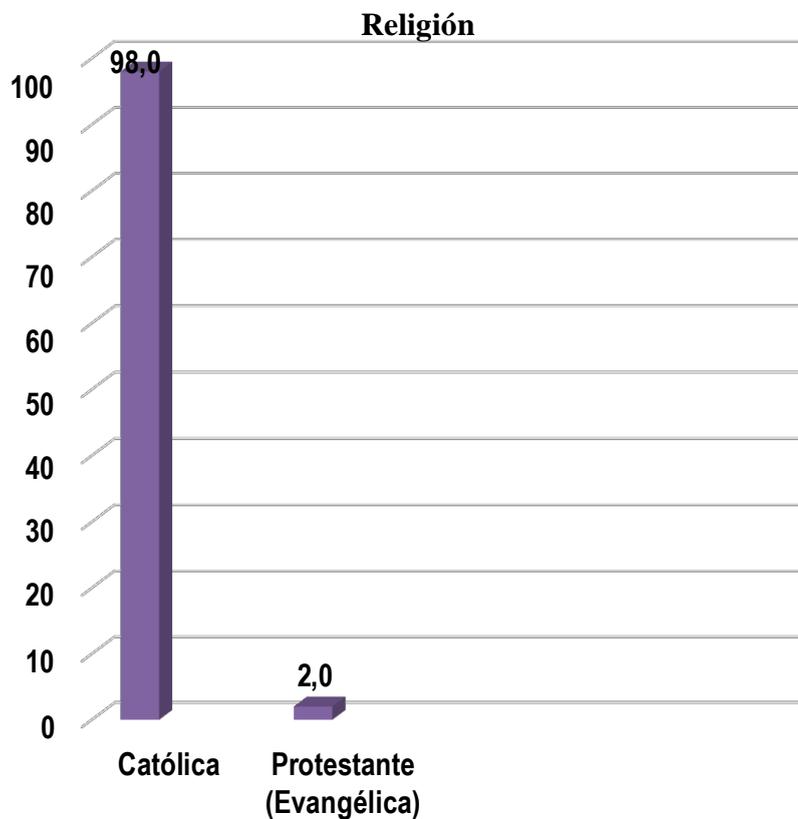
**La Figura 6** se observa que la solo el 4,0 % de las mujeres tienen estudios superiores, asimismo el 7,3 % estudio técnico, el 80,0% secundaria, y el 5,2 % primaria.



**Figura 7. Gráfico de barras**

**Fuente: tabla 4**

**La Figura 7** se observa que el mayor porcentaje de las mujeres en estudio son amas de casa 77,3% asimismo el 12,7 % son trabajadoras independientes, seguido de 8,0 % son empleadas obrera, y el 2,0% empleada profesional.



**Figura 8.** Gráfico de barras

**Fuente:** tabla 4

**La Figura 8,** muestra que el mayor porcentaje 98,0% de las mujeres en estudio, es de religión católica, seguido del 2,0% son evangélicas.

## VII. Referencias Bibliográficas:

1. Dr. Hernán Estrada. Cáncer de Cuello Uterino. Chile. Medicina Panamericana. 2009.
2. Miguel Ángel Checa Vizcaíno. Incidencia de Cáncer de Cuello Uterino. Madrid. Medicina Panamericana. 2006.
3. Dr. Carlos Vallejos Sologuren. INEN. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. PERÚ. 2011.  
[http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2011/25042011\\_CANCER\\_CUELLO\\_UTERINO\\_19\\_04\\_11.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CANCER_CUELLO_UTERINO_19_04_11.pdf)
4. RSD. Chimbote nuevos casos de cáncer. 09 de Marzo de 2012.  
<http://rsdenlinea.com/noticias/todas-las-noticias/4820-chimbote-650-nuevos-casos-de-cancer-se-estiman-al-ano>
5. Cogollo, Zuleima et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2010. 26(2): 223-231. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
6. Tenorio Morales, I. Conocimiento, actitudes, practicas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, Municipio de Managua. Diciembre 2010. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t629/doc-contenido.pdf>

7. 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>
  
8. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed. México: Limusa S.A.; 2004. 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/Beltran\\_Romero\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/Beltran_Romero_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
9. Seminario-Pintado, Chero-Farro, Colorado-Julca, 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/download/articulo/4060441.pdf>
  
10. 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\\_proyector/archivo\\_47\\_Binder2.pdf](http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_47_Binder2.pdf)

11. 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>
12. 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.
13. 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.
14. 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)
15. Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Op.cit., p.15.
16. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. 2005; (2) 26:Pág. 22. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>

17. Johnson D. Johnson R. Holubec E. La interdependencia Positiva “en el aprendizaje cooperativo del aula”. [serie en internet]. 2006. Disponible en: <http://www.slideshare.net/guestd6f218/johnson-cap-7-la-interdependencia-positiva>
18. Fernando J. Lage & Cataldi Z. Modelo cooperativo –colaborativo para capacitación de recursos humanos a través de intranet/ extranet. [serie en internet]. [citado el 30 de abril 2013]. Disponible en : <http://www.uib.es/depart/gte/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>
19. Piaget, J., & Vigotsky, L. Teorías del aprendizaje. Desarrollo y Proceso de aprendizaje. 2008. [serie en internet]. [citado el 24 de abril 2013]. Disponible en: <https://psicologiaymente.net/desarrollo/piaget-vygotsky-similitudes-diferencias-teorias>
20. Huamán C. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas .Trujillo; 2008, 35 -42. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a04v2n2.pdf>
21. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsal, 2da Edición. 2010.
22. Festinger L. Disonancia cognitiva. [serie en internet]. Infoamérica; [actualizado 24 de junio; citado 24 de junio]. Disponible en: <http://wwwis.ufg.edu.sv/wwwis/documentos/TE/371.302%2081-L333r/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>

23. Fishbein y Ajzen. Teoría de la acción razonada. Universidad de Cantabria. 2010. [serie en internet]. [citado el 30 de abril 2013]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y>
24. Ministerio de Salud. Cáncer de Cuello de Útero. Buenos Aires – República Argentina. Citado el 27 de Septiembre de 2013. [página en internet] <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/131-cancer-de-cuello-de-utero>
25. Análisis de situación del cáncer en el Perú. [Página en Internet]. Lima. Ministerio de Salud del Perú. Noviembre 2013. [citado el 21 de Febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
26. Tejeda D, Serrano V, Gómez P, Nieto F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncología (Barc.) vol. 30, 2007. Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S03784835200700020002&lngs&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03784835200700020002&lngs&nrm=iso). ISSN 0378-4835

# **Anexos**

**N°01 DE ENCUESTA**

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

<b>REGIÓN</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CASERIO</b>

**DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)**

<b>MZ</b>	<b>LOTE</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>INTERIOR</b>	<b>PISO</b>	<b>URBANIZACIÓN/SECTOR</b>

<b>VISITA DEL ENCUESTADOR</b>		
<b>FECHA</b>	<b>HORA DE INICIO</b>	<b>HORA DE TÉRMINO</b>

La Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote viene realizando el estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven La Victoria, distrito de Chimbote, Provincia de Santa, motivo por el cual solicitamos tu colaboración, para que ayudes a respondiendo las preguntas del cuestionario, la información es estrictamente confidencial. 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) <b>¿Cuántos años cumplidos tiene?</b> .....
años
2) <b>¿Cuál es su estado civil actual?</b>
1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente
4. Viuda
5. Divorciada
3) <b>¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad?</b>
1. No estudié
2. Primaria
3. Secundaria
4. Técnica
5. Superior
4) <b>¿A qué se dedica actualmente?</b>
1. Ama de casa
2. Empleada-obrera
3. Empleada-profesional
4. Trabajador independiente
5. Agricultora
5) <b>¿Qué religión profesa?</b>
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) <b>¿Ha tenido relaciones sexuales</b>
1. Si
2. No
7) <b>A qué edad inicio sus relaciones sexuales?</b>
.....años.
8) <b>¿Cuántos partos ha tenido?</b> .....
9) <b>¿Cuántos abortos ha tenido?</b> .....
10) <b>¿Con que frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente?</b>
1. Frecuentemente
2. Ocasionalmente
3. Por ahora no tengo
4. No he tenido relaciones sexuales.
11) <b>¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida?</b>
.....
12) <b>¿Qué método anticonceptivo utiliza?</b>
1. Píldora combinada
2. Inyectable combinado
3. Inyectable de progestágeno
4. DIU (T Cu)
5. Preservativo
6. Ritmo/regla
7. Ninguno
13) <b>¿Ha tenido usted alguna infección / enfermedad de transmisión sexual?</b>
1. Si
2. No
14) <b>¿Recibió tratamiento para dicha infección?</b>
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><b>15) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou es un:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen de sangre</li> <li>2. Examen del cuello del útero</li> <li>3. Examen radiológico</li> <li>4. Examen medico</li> <li>5. No se</li> </ol>
<p><b>16) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou se toma en:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuello del útero</li> <li>2. Vagina</li> <li>3. Ovarios</li> <li>4. No se</li> </ol>
<p><b>17) La citología vaginal o prueba del Papanicolaou sirve para:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber si hay una infección vaginal</li> <li>2. Detectar el cáncer de cuello uterino o cérvix</li> <li>3. Para saber si se tiene una infección urinaria</li> <li>4. No se</li> </ol>
<p><b>18) Realizarse citología vaginal o prueba del Papanicolaou es importante porque:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saber si hay una infección vaginal</li> <li>2. Sirve para curar las inflamaciones</li> <li>3. Diagnostica infecciones de transmisión sexual</li> <li>4. No se</li> <li>5. Sirve para prevenir el cáncer del cuello uterino.</li> </ol>
<p><b>19) En qué casos se puede dejar para después la citología vaginal o prueba del Papanicolaou; cuando:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La mujer esta menstruando</li> <li>2. Se ha tenido relaciones sexuales el día anterior</li> <li>3. Se aplicó cremas u óvulos vaginales</li> <li>4. No sé.</li> <li>5. Todas las anteriores.</li> </ol>
<p><b>20) ¿Cuál es la frecuencia con se debe realizar la citología vaginal o prueba del Papanicolaou</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cada seis meses</li> <li>2. Cada año</li> <li>3. Entre dos y tres años</li> <li>4. No se</li> </ol>

## ACTITUDES

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

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

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

**MUCHAS GRACIAS!!!!**

N° 02.

**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 de 15 a 49 años 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 del Pueblo Joven La Victoria. Por esta razón presentamos al estudiante investigador de la carrera de obstetricia de la ULADECH 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 La Victoria.

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
DPTO. ACADÉMICO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



Obst. Mg. Amelia-Nelly Solís Villanueva  
JEFE DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE OBSTETRICIA

Atentamente,

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

**Investigador: 943974547**

**RPM:**

**\*852077 Oficina del Dpto. Investigación: (043)**

**327933**

## **FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE**

Yo, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,

### **EXPONGO:**

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.

### **MANIFIESO:**

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: \_\_\_\_\_

**FOTO ENCUESTANDO**



