

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE DOS
ASENTAMIENTOS HUMANOS – CHIMBOTE – 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

AUTOR(A):

ELIZA KARINA AYALA ECHE

ASESORA:

MGTR. NELLY AMELIA SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE – PERÚ

-2016-

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
PAPANICOLAOU EN MUJERES DE DOS
ASENTAMIENTOS HUMANOS – CHIMBOTE – 2014

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Lucía Villanueva Vásquez

Presidente.

Mgtr. Carmen Aguirre Espinoza

Secretaria

Mgtr. Melva Loyola Rodríguez

Miembro.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la sabiduría y salud para poder realizar esta investigación y darme fuerza para superar cada obstáculo en mi vida.

A la Dirección de Escuela de Obstetricia y mi sincera gratitud a la Mgtr. Nelly Solís Villanueva por su asesoría y apoyo brindado para la ejecución del presente estudio.

A las mujeres del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo por su disposición para participar en el presente estudio, por sus deseos de aprender cada día, para superarse y contribuir en mi formación profesional.

DEDICATORIA

Con mucho cariño, a mis padres:

Por su esfuerzo, dedicación, su amor y cariño en todas las etapas de mi vida.

Con aprecio a mis hermanos, que son parte importante de mi formación como ser humano y como profesional.

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo general**, describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014. **La metodología** se centró en un estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, de diseño simple de una sola casilla, de cohorte transversal. La población lo constituyeron 482 mujeres en edad fértil, sin embargo para la obtención de la muestra se empleó el muestreo no probabilístico por cuota, quedando una muestra de 155 mujeres. **Los resultados** reportaron porcentajes paritarios entre conocimiento (46,5%) y desconocimiento (53,5%) sobre la prueba de Papanicolaou. Así mismo los resultados sobre el conocimiento reflejaron que el 74,2% de mujeres no conocen la importancia de la realización de la prueba y el 44,5% desconocen el lugar de la toma de muestra. La mayoría (71,6%) manifestaron tener una actitud favorable frente a la toma, pero al explorar las prácticas solo el 29,7% de las mujeres realizó la prueba y el 70,3% no tienen prácticas adecuadas. Finalmente, **la conclusión:** las mujeres de los dos asentamientos humanos desconocen aspectos sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo muestran actitudes favorables, demostrando predisposición para la toma de la muestra pero existen factores que impiden su realización viéndose reflejado en las practicas inadecuadas.

Palabras clave: Actitudes, conocimientos, Papanicolaou, y práctica.

ABSTRACT

The overall objective research was to describe the knowledge, attitudes and practices regarding taking cervical smear testing in women of childbearing age in the communities of "Ramón Castilla" and "Santiago Antunez de Mayolo" in the district of Chimbote during the period of April to July of 2014. **The methodology** focused on a descriptive quantitative level of cross sectional study, a simple design of a single cell. The participants constituted 482 women of childbearing age, but for sample collection non-probability sampling was used for the fee, considering the inclusion and exclusion criteria, leaving a sample of 155 women. **The results** reported percentages of knowledge (46.5%) and ignorance (53.5%) of the cervical smear test. Also the results reflected that 74.2% of women did not know the importance of the test performance and 44.5% of women are unaware of the location of the sampling. On the other hand, the majority (71.6%) reported having a favorable attitude towards the taking of smear test, however only 29.7% of women actually did the test while 70.3% had inadequate testing. **In conclusion**, the women in the two communities were unaware of the importance of cervical smear testing, however it is striking that the women showed a positive pre-disposition to taking the test. However, the reality in which they live means that there are factors that impede proper testing, which has manifested itself in bad practice.

Keywords: Attitudes, Knowledge, Cervical Smear Test, Practice.

CONTENIDO:

Título de la tesis	ii
Hoja de firma del jurado	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	V
Resumen	vi
Abstract	vii
Contenido	viii
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xii
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. En relación al conocimiento sobre la Toma del Papanicolaou.	6
2.2.2. En relación a la actitud sobre la Toma del Papanicolaou	8
2.2.3. En relación a la práctica sobre la Toma del Papanicolaou	10
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1 Bases teóricas del conocimiento	12
2.2.1.1 Modelo cooperativo participativo	14
2.2.1.2 Principios de una intervención educativa	15
2.2.2. Bases teóricas de la actitud	19
2.2.3. Bases teóricas de la práctica	25
2.3. Marco conceptual	27
A) Cáncer del cuello uterino	27

B) Prevención primaria y secundaria	27
C) Educación a la población	28
D) Frecuencia de la prueba de Papanicolaou	29
E) Requisitos para la prueba de Papanicolaou	30
F) Procedimiento de la prueba	31
2.3.2 Factores de riesgo asociados	32
2.3.3 Clínica del cáncer y sintomatología	35
2.3.4 Diagnóstico del cáncer del cuello uterino	36
2.3.5 El Sistema Bethesda	37
2.3.6 Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino	39
2.3.7 Modelo de nivel de salud de OMS	39
III. Metodología	41
3.1. Diseño de la investigación	41
3.2. Población y muestra	41
- Criterios de inclusión y exclusión para el estudio	42
- Matriz de operacionalización de las variables	43
3.3. Técnicas e instrumento de medición	45
3.3.1. Técnica	45
3.3.2. Instrumentos	45
3.3.3. Procedimientos	46
3.3.4. Plan de análisis	47
IV. Resultados	48
4.1. Resultados	48
4.2. Análisis de resultados	59

V. Conclusiones	64
Aspectos complementarios	66
Referencias bibliográficas	77
Anexos	84
Anexo 1 Encuesta anónima para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años	85
Anexo 2 Carta de presentación	89
Anexo 3 Consentimiento informado	90
Anexo 4 Mapa del ámbito de investigación	91
Anexo 5 Evidencias de la aplicación de la encuesta	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Conocimiento sobre la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos– Distrito Chimbote, 2014	49
Tabla 2	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - Distrito- Chimbote, 2014.	51
Tabla 3	Practica frente a la toma de Papanicolaou por reactivos en mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos – Distrito Chimbote, 2014.	53
Tabla 4	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos – Distrito Chimbote, 2014.	54
Tabla 5	Características sexuales reproductivas en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo- Distrito Chimbote, 2014.	56

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Gráfico circular del conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo–Distrito Chimbote, 2014. 48
- Figura 2 Gráfico circular de la actitud global frente a la prueba del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo–Distrito Chimbote, 2014. 50
- Figura 3 Gráfico circular de la práctica global sobre la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo- Distrito Chimbote, 2014. 52

I. Introducción

El bajo conocimiento, la actitud negativa y una práctica inadecuada sobre la toma del Papanicolaou han contribuido al incremento de los casos de cáncer de cuello uterino, constituyendo uno de los principales problemas de salud pública ⁽¹⁾. En el Perú, se considera como uno de los problemas de salud de mayor magnitud, ocupando el primer lugar de los cánceres que generan mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 6 800 casos entre los años 2000 y 2004 ⁽²⁾.

No obstante, pese a que en las últimas cinco décadas la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido considerablemente debido al fortalecimiento de las actividades de prevención y la promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou (PAP) ⁽³⁾, elegida por la facilidad de la toma de muestra y bajo costo. Por otro lado, existe información y estudios que demuestran que el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención facilitarían el autocuidado de la salud, así mismo la detección precoz de cáncer cervical está relacionado con una mayor probabilidad de la toma del PAP ⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾.

El problema del poco acceso a la prueba del Papanicolaou en los últimos años se ha vinculado al desconocimiento de las medidas de prevención del cáncer de cuello uterino, así mismo, se ha relacionado el bajo conocimiento con las actitudes desfavorables y las prácticas inadecuadas o negativas. Esta situación también se observa en las mujeres Chimbotanas, pues no asumen estilos de vida saludable, lo

que ha generado que los casos asciendan cada año (650 casos de cáncer cada año),⁽⁶⁾ a esto se suma el crecimiento de la población, los malos hábitos alimenticios y la vida sedentaria. Pese a los esfuerzos demandados por los sistemas de salud, para implementar estrategias de información, educación y orientación sobre el mencionado examen, no se ha alcanzado el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la toma del Papanicolaou.

Pues bien, el pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo, cuenta con una población de 482 mujeres en edad fértil (MEF), con características socio - culturales propias de la zona costera, dedicadas en mayor porcentaje al cuidado del hogar y al trabajo independiente. Muchas de ellas por su condición de madre, postergan su atención en los servicios de salud, priorizando el cuidado de los hijos y el trabajo, lo cual se ve reflejado en una aceptación negativa de la toma de muestra del Papanicolaou, dificultando los procedimientos obstétricos en favor de su salud reproductiva en diversos establecimientos de salud.

Con tal preámbulo, se pone en manifiesto el riesgo al que están expuestas las mujeres en edad fértil de estos dos asentamientos humanos, siendo necesario contar con un estudio que refleje la real situación de las variables en estudio, a fin de impulsar intervenciones educativas que resulten en un cambio de comportamiento de la mujer, se planteó la siguiente interrogante: *¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón*

Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo en el distrito de Chimbote durante el periodo Abril – Julio del 2014?.

Se planteó como objetivo general, describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del ámbito de estudio durante el periodo Abril – Julio 2014. Como objetivos específicos que facilitaron el cumplimiento del objetivo general se pretende: Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou. Así mismo, identificar los reactivos menos conocidos sobre este examen; seguido de la actitud global frente a la toma de Papanicolaou. A la misma vez, identificar la actitud frente: la solicitud de la prueba, frecuencia y el recojo de los resultados; y por último, las practicas relacionadas con la toma del examen citológico, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados.

Por otro lado, la investigación se justifica por abordar en forma directa las características de las mujeres en edad fértil, sus conocimientos, actitudes y practicas sobre la toma del PAP, y así contribuir directamente a la solución de una problemática nacional de salud como es el cáncer de cuello uterino, dado que las mujeres son la base primordial de la familia y ésta es el núcleo del desarrollo sostenible del país. A la vez, contribuirá a enriquecer los conceptos y enfoques teóricos, contando con información clave sobre la toma de Papanicolaou a los establecimientos de salud de la región Ancash, y a nivel nacional, como insumo para

intervenciones estratégicas de promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Así también se beneficiará a las mujeres del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo pues la investigación permitirá identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, generando un cambio en las actitudes y prácticas de las mujeres en favor de la salud sexual y reproductiva sirviendo como línea de base para proponer estrategias en el autocuidado de la mujer, con el objetivo de contribuir en la disminución de los indicadores negativos en éste componente de la salud, y ayudar en su desarrollo integral.

La metodología empleada fue de tipo descriptivo, de nivel cuantitativo de diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal. La población la constituyó un total de 482 mujeres en edad fértil que cumplieron con los criterios de inclusión: Mujer residente de ambos asentamientos humanos y que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio. Se excluyó a las mujeres embarazadas, que rechacen participar en el estudio, mujeres con capacidades diferentes y con morbilidad mental. Para la obtención de la muestra se realizó a través del muestreo no probabilístico por cuota, quedando una muestra de 155 mujeres en edad fértil.

La investigación se organiza en cinco capítulos. El capítulo I está constituido por la caracterización del problema, el enunciado del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El capítulo II, sintetiza las bases teóricas y marco teórico sobre las tres variables en estudio (conocimiento, actitud y práctica) sobre la

toma del Papanicolaou. El capítulo III del estudio, describe el tipo y nivel del estudio, la población y muestra de las participantes, la técnica e instrumento utilizados; sus características y el procedimiento seguido durante el trabajo de campo efectuado en los dos asentamientos humanos. En el capítulo IV presenta los principales resultados de este trabajo, comparados con estudios realizados a nivel nacional e internacional. El capítulo V sintetiza las conclusiones principales a las que se llegó en toda la investigación.

Finalmente se concluye, que la mayoría de las mujeres no tienen conocimiento sobre ésta prueba citológica, seguido de una actitud favorable y prácticas negativas, poniendo en evidencia que las mujeres del pueblo joven Ramón castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo no están totalmente informadas y sensibilizadas sobre la prueba del Papanicolaou, se infiere que mientras más bajo sea el nivel de conocimiento sobre esta prueba, menor serán las mujeres que acepten este examen como una acción preventiva para descartar el cáncer de cérvix.

II. Revisión de la literatura:

2.1. Antecedentes:

2.1.1. En relación al conocimiento sobre la toma del Papanicolaou:

Producto de la revisión literal a nivel internacional se encuentra a **Cogollo** ⁽⁷⁾ 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: seguido por un nivel intermedio en el 40%. Con respecto a los reactivos estudiados, en cuanto a la pregunta sobre la zona donde se extrae la muestra del PAP para la detección temprana del cáncer cervical, el 57% respondió que se debe tomar en el cuello del útero, y el 23% considera que ésta proviene de la secreción vaginal. A la 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.

Del mismo modo, **Tenorio, I** ⁽⁸⁾ en la ciudad de Nicaragua, obtuvo resultados similares al anterior estudio, explorando también los reactivos sobre conocimiento de la prueba del PAP, refiriendo que 57,3% de las mujeres conocen la utilidad de la prueba de citología cervical como método diagnóstico para la detección de cáncer cervico-uterino, un 41,3% no conocen la utilidad de la prueba y un 1,3% refirió que sirve para detectar un embarazo. Sobre las condiciones para realizarse la prueba de PAP, un 84% saben que la

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

Ya en el año 2011, **Figueroa** ⁽⁹⁾ en la ciudad de Colombia encontró que cuando se hace mención al nivel de conocimientos sobre la citología, aproximadamente el 83,3% de las encuestadas respondieron adecuadamente; solo el 16,7% manifestaron no saber o asociarlo a otro tipo de examen. En relación al sitio de la toma de la muestra se presenta que el 45,3% conocen el lugar para la toma de la muestra, a comparación con el 42% que mencionó a la vagina como el sitio para la toma de ésta; aproximadamente el 11,3% manifestó no saber.

Pues bien, en los estudios realizados a nivel nacional, describen a **Beltrán, M.** ⁽¹⁰⁾ en el año 2009, realizó una investigación acerca de los conocimientos sobre la toma de muestra del PAP en mujeres Trujillanas concluyendo que el 65,10% de las entrevistadas mostraron un nivel alto de conocimientos acerca del examen, frente a un 34,9% que desconocen sobre este test. Al año siguiente, **Seminario, P et al** ⁽¹¹⁾ realizaron una investigación en la ciudad de Chiclayo, con 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 PAP. Según los reactivos explorados, las respuestas incorrectas más frecuentes es

que el 23,3% de las mujeres creen que “la muestra para el PAP proviene de la secreción vaginal”, mientras que el 13,8% respondieron que el PAP sirve para la “detección temprana de cáncer vaginal”.

Ya por el año 2011, **Carrasco, J y Valera, L** ⁽¹²⁾, realizaron un estudio con el mismo grupo etario de mujeres en la ciudad de Tarapoto, donde encontraron que el 50,45% de la población entrevistada tienen un conocimiento alto sobre la prueba citológica, seguido de un 24,32% de mujeres que conocen regularmente y sólo el 25,3% tienen un nivel bajo de conocimientos en lo que respecta a este examen. Por otro lado, en el año 2013, **Guillermo, A** ⁽¹³⁾ en su estudio realizado en el Hospital de “Mama Ashu”, distrito de Chacas, reportó que el 70,7% de mujeres no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, 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.

2.1.2. 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** ⁽¹⁴⁾ en el año 2009, encontró que la actitud hacia esta prueba no fue favorable. Las razones señaladas se relacionan con el

tiempo en la entrega de los resultados; las otras fueron de índole personal, causando desagrado, ansiedad y por falta de tiempo.

Un año después, **Cogollo** ⁽⁷⁾, informó que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba de citología cervicouterino, mientras que el 45% tienen una actitud favorable. Ya en el 2010, **Martínez y Vázquez** ⁽¹⁵⁾ evidenció lo contrario, el 91.4% de las mujeres presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% una actitud indiferente.

Por otro lado, en los estudios realizados en los diversos departamentos del Perú, se hace relevante mencionar a **Beltrán, M.** ⁽¹⁰⁾ en el año 2009, reportó que el 96,35% de las mujeres muestran una actitud favorable y aceptan a la toma del PAP 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** ⁽¹¹⁾ ya en el año 2011, obtuvo resultados muy distintos a la anterior investigación pues, el 52,6% de las entrevistadas manifiestan tener una actitud desfavorable sobre el examen del PAP frente a un 47,4% que muestran una actitud favorable. Con respecto a los reactivos estudiados se encontró que cuando se le pregunta a las mujeres ¿Cómo se sentiría al realizarse el test de PAP?, 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 ⁽¹²⁾ en su estudio revelaron que el 54,05% de las mujeres entrevistadas tienen una actitud favorable frente al examen de PAP y un 24,32% poseen una actitud negativa y el 21,62% se muestran indiferentes. Dos años más tarde, **Guillermo, A** ⁽¹³⁾ reportó que el 92% de las entrevistadas tienen una actitud favorable y un 8% una actitud desfavorable sobre la toma del PAP.

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

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

En este mismo año **Figueroa** ⁽⁹⁾, encontró que el 83,3% de la población ha practicado la citología vaginal. Con respecto al periodo en que se lo practica el 36% lo hace anual y el 27,3%, cada seis meses; en contraste con el 36,7% que respondieron periodos de tiempo más largos o no habérsela realizado

nunca. Las razones por la cual las encuestadas se realizan el examen son por iniciativa propia (48,8%) e indicación médica; solo el 3,2% lo hizo por sugerencia de un tercero. De estas, cerca del 85,6% reclamaron los resultados y el 87,9% de las mismas solicitaron explicaciones al personal asistencial en relación al reporte del examen.

Así mismo; **Cogollo** ⁽⁷⁾, observo que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. Por su parte, **Palma** ⁽¹⁶⁾ en el año 2011, el 84,9% de las entrevistadas refirieron realizarse el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, el 34,6% se realiza cada año, el 67,8% hace menos de un año, el 30,8% más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba, mientras que 30% se refirió preocupada, 16,2% incómoda y 10,8% avergonzada.

Por su parte, investigadores peruanos como **Seminario, P et al** ⁽¹¹⁾ en el año 2011, obtuvieron como resultados: sobre las prácticas que asumen las mujeres frente a la toma del PAP, un 44% respondieron que acuden a un establecimiento de salud para realizarse este examen citológico con una frecuencia adecuada; el 31,9% nunca se había realizado el examen y el 13,8% solo una vez en toda su vida. Cuando se les preguntó cuál fue el motivo más importante que las llevó a hacerse un PAP, 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** ⁽¹²⁾ 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.

Guillermo, A ⁽¹³⁾ quien informó que el 84% de la población de mujeres en edad fértil no practican el examen de PAP, a comparación de un 16% que si tienen practicas adecuadas. En cuanto a los reactivos estudiados de la variable, el 58,7% se realizan el PAP por indicación médica o de terceros y el 41,3% de las mujeres por iniciativa propia; el 60% no practica este examen anualmente y sólo el 40% de las entrevistadas manifestaron que tienen un control anual para detectar el cáncer de cuello uterino.

2.2 Bases Teóricas:

2.2.1 Bases teóricas del Conocimiento.

El conocimiento lo conceptualizan como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo, y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. ⁽¹⁷⁾

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 los pre- saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural. ⁽¹⁸⁾

Según, Alavi y Leidner, el conocimiento tiene tres características básicas:

- 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; su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma”, permite “entender” lo fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. ⁽¹⁹⁾

Sirve de guía para la acción de las personas, en sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos. ⁽¹⁹⁾

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. ⁽¹⁹⁾

2.2.1.1 Modelo de Aprendizaje Cooperativo Participativo.

Es un modelo de aprendizaje que, frente a los modelos competitivo e individualista, plantea el uso del trabajo en grupo para que cada individuo mejore su aprendizaje y el de los demás. En el modelo competitivo, el objetivo es lograr ser mejor que los demás, obtener mejores resultados que el resto; en el individualista, 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 ⁽²⁰⁾. Johnson (1994) plantean una serie de elementos del trabajo cooperativo que lo hacen más productivo que los modelos comentados anteriormente:

2.2.1.2. Principios de una intervención educativa.

1. Interacciones cara a cara de apoyo mutuo.

Son las interacciones que se establecen entre los miembros del grupo en las que éstos/as animan y facilitan la labor de los demás con el fin de completar las tareas y producir el trabajo asignado para lograr los objetivos previstos. En estas interacciones los/as participantes se consultan, comparten los recursos, intercambian materiales e información, se comenta el trabajo que cada persona va produciendo, se proponen modificaciones, etc., en un clima de responsabilidad, interés, respeto y confianza. ⁽²⁰⁾

- **Responsabilidad personal individual:** Cada persona es responsable de su trabajo y debe rendir cuentas al grupo del desarrollo de éste. Para ello es imprescindible que las aportaciones de cada individuo sean relevantes para lograr el objetivo final y que sean conocidas por todos/as. ⁽²⁰⁾
- **Destrezas interpersonales y habilidades sociales:** Se trata de conseguir que las personas conozcan y confíen en las otras personas, que se comuniquen 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. ⁽²⁰⁾

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

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

Por lo tanto, "cooperar" significa trabajar juntos para lograr objetivos compartidos y el "aprendizaje cooperativo" es el uso de la educación de grupos pequeños en los que los alumnos trabajan juntos para mejorar sus propios aprendizajes y 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. ⁽²⁰⁾ Citan las reglas básicas de la cooperación:

- Cuando una persona hable el resto escucha.
- Se respetarán todas las ideas.
- Pueden existir varias respuestas.

Y resumen las características del trabajo cooperativo:

- Equipo cooperativo.
- Una administración a través de reglas.
- Voluntad de cooperar.
- Resolver problemas y apoyarse mutuamente.
- Estructura y roles.

Con **Piaget** (1962) y **Vigotzkii** (1978) sobreviene la perspectiva evolutiva cognitiva, ya que para Piaget, cooperación es "el esfuerzo para alcanzar los objetivos comunes mientras se coordinan los propios sentimientos y puntos de vista de los demás". Por lo tanto, cuando las personas cooperan, surge el conflicto socio cognitivo que crea el desequilibrio cognitivo pertinente para lograr el desarrollo cognitivo ⁽²¹⁾. **Vigotzkii** (1978) basa su teoría en que las funciones y logros humanos se originan en las relaciones sociales, dice que: "el conocimiento es social y se 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". ⁽²¹⁾

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

Vistas las diferentes teorías, para efectos del presente estudio, se utilizará la teoría de Alavi y Leidner ⁽¹⁹⁾ El conocimiento es personal, se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal. El conocimiento "se consume", permite "entender" los fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.

2.2.2. Bases teóricas de la actitud.

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.⁽²²⁾

a.- Teorías del aprendizaje.

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

b.- Teoría de la disonancia cognitiva.-

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso debemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos. ⁽²³⁾

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

c.- Perspectiva de la actitud:

Una actitud se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí ⁽²⁴⁾. Las actitudes son aprendidas en consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). ⁽²⁴⁾

Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto. ⁽²⁴⁾

d.- Tipos de Actitud

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

- **Actitud Desinteresada.**-Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin.⁽²⁵⁾

- **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.⁽²⁵⁾

- **Actitud Interesada.**-Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.⁽²⁵⁾

- **Actitud Integradora.-** La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas. ⁽²⁵⁾

e.- La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud:

La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social; cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa. ⁽²⁶⁾

ACTITUDES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
Hacia uno mismo	<p>La autenticidad.</p> <p>La fortaleza de la voluntad.</p> <p>La autoestima.</p> <p>La calidad de vida.</p>
Hacia el medio social y natural	<p>El cuidado del otro.</p> <p>El desarrollo sostenible.</p> <p>La conservación de la vida y de la Naturaleza.</p> <p>La austeridad.</p>

- **La autenticidad:** Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior. ⁽²⁶⁾

- **La fortaleza de la voluntad:** La voluntad necesita ser educada y fortalecida a través de un proceso orientado por el orden, la constancia, la disciplina, la motivación y la ilusión. La voluntad necesita un aprendizaje gradual, que se consigue con la repetición de actos en donde uno se vence, lucha y cae, y vuelve a empezar. Dicho en otros términos: hay que adquirir hábitos positivos mediante la repetición de conductas, que van inclinando la balanza hacia comportamientos mejores ⁽²⁶⁾

- **La autoestima:** Es la confianza y el 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. ⁽²⁶⁾

- **El cuidado del otro:** Es la actitud moral de respeto a la persona que ha sido denominada «compasión» ⁽²⁶⁾

Luego de revisar las distintas teorías que hacen referencia sobre la actitud en el ser humano, para el fin de esta investigación se utilizará la teoría del aprendizaje y de la disonancia cognitiva, pues nos explica en la primera, que la actitud es aprendida por el ser humano. Las personas al tener conocimiento sobre algo, también aprenderán a asumir sentimientos, emociones favorables y realizar acciones correctas. Sin embargo, no todos los teóricos coinciden con este aporte, pues en la disonancia cognitiva existe un conflicto entre el conocimiento y las actitudes que las personas asumen sobre alguna cosa u acción.

2.2.3. Base teórica de la práctica saludable:

La Real Academia de la Lengua Española hace referencia al uso continuo de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. A partir de lo cual, Figueroa 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 ⁽⁹⁾

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cérvico-uterino y el test de Papanicolaou, los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que llevan a modificar las negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control. Basado en ello, es imprescindible identificar que prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la prueba del Papanicolaou, que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud ⁽⁹⁾

Por la naturaleza de la investigación se asume la teoría de Figueroa 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 ⁽⁹⁾

2.3. Marco conceptual.

2.3.1 Aspectos conceptuales pertinentes.

A) Cáncer del cuello uterino.

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

B) Prevención primaria y secundaria:

- **Prevención Primaria:** Es la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y sus métodos de prevención, contra el Virus Papiloma Humano (VPH). ⁽²⁸⁾

- **Inmunización contra el Virus Papiloma Humano:** La vacuna previene la infección de dos 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 PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión preinvasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas. ⁽²⁹⁾

- **Prevención Secundaria:** Incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no tiene el conocimiento, la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. El examen que se realiza para el diagnóstico de cáncer cérvicouterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou. ⁽³⁰⁾

C) Educación a la población:

La educación a la población respecto a la aparición del cáncer de cuello uterino y de sus factores de riesgo, es una de las principales herramientas a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, 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 del PAP 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 PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje. ⁽¹⁶⁾

La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP), la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix ⁽¹³⁾

D) Frecuencia de la prueba de Papanicolaou:

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras de PAP 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 tomarán cada tres años. Mientras que las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. ⁽³¹⁾

Así mismo:

- A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.

- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- 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).

E) Requisitos para la prueba de Papanicolaou:

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

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

F) Procedimiento de la prueba:

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

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

- **Envío a laboratorios de citología:** las laminillas una vez fijadas deben ser colocadas en cajas especiales, de plástico, madera o cartón, junto con sus respectivas boletas y ser enviadas a los laboratorios de citología.

2.3.2 Factores de riesgo asociados:

A) 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. ⁽³¹⁻³²⁾

B) El consumo de tabaco:

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

C) Sistema inmunológicos debilitados:

El VIH, 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. 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. ⁽³³⁾

D) Infección con clamidia:

Esta infección es causada por un tipo de bacteria que puede infectar los órganos sexuales femeninos. Su contagio es mediante las relaciones sexuales. Puede que una mujer no sepa que está 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 en un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Además, la infección a largo plazo, puede causar otros problemas graves. ⁽³³⁾

E) Píldoras anticonceptivas:

El uso de píldoras anticonceptivas por 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. ⁽³³⁾

F) Inicio temprano de las relaciones sexuales:

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

G) Números de parejas sexuales:

Es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se 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. ⁽³¹⁾

H) Embarazos múltiples:

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

2.3.3 Clínica del cáncer y sintomatología:

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales. Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto.⁽¹⁴⁾

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano adquirido desde muy temprana edad. La infección por el VPH, las lesiones premalignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como la prueba de Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente. Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de comezón, manchas anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento, fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico.

(14)

2.3.4 Diagnóstico del cáncer del cuello uterino:

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

- **Colposcopia:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente. (14)
- **Biopsia exocervical y/o endocervical:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico. (27)

- **Legrado endocervical:** Debe realizarse cuando la colposcopia es insatisfactoria, cuando la lesión se extiende hacia el canal endocervical, cuando no existe una lesión identificable que explique la citología alterada o cuando la alteración citológica es una atipia glandular. ⁽²⁷⁾

- **Conización Cervical:** En los casos que se sospeche una micro invasión o disociación colpocito histológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas. ⁽²⁷⁾

2.3.5 El sistema Bethesda:

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterina y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda. ⁽⁸⁾

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

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

Fuente: Figueroa ⁽⁹⁾

2.3.6 Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino:

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

2.3.7. Modelo de nivel de salud de OMS:

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

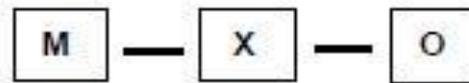
Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de auto exámenes exploratorios o el uso de tabaco. En particular, en la 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 a la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. ⁽³⁷⁾

III. Metodología

3.1. Diseño de la investigación:

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

Esquema:



Donde:

M: Mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo

X: Conocimiento, actitud y prácticas.

O: Representa lo que se observa.

3.2. Población y muestra:

La población la constituyen un total de 482 son mujeres en edad fértil. La muestra fue no probabilística, constituida por 155 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.

➤ **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres en edad fértil residente por lo menos 1 año en el pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo.
- Mujeres que se encuentren entre los 15 años y menor o igual a 49 años de edad.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que hayan aceptado participar del estudio.

➤ **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 cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que hayan participado de programa educativo de prevención de cáncer de cérvix.

➤ **Definición operacional de variables:**

Ver matriz de operacionalización de variables (Cuadro 2)

Cuadro 2:

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

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

Cuadro 2:

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

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

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.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del PAP. 	Cualitativa	Nominal	Aceptable No aceptable
		Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de la prueba en un momento determinado. • Razones de la prueba. 	Cualitativa	Nominal	Aceptable No aceptable
		Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Recojo de los resultados. •Explicación especializada de los resultados. 	Cualitativa	Nominal	Aceptable 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 01) adaptado y validado por la docente investigadora de la Escuela de Obstetricia, la misma que está 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, que luego fueron agrupadas para facilitar la interpretación en 2 escalas, favorables (A, PA) y desfavorables (I, PD y D). Para identificar las prácticas sobre la prueba de Papanicolaou se aplicó el Test de práctica, que consta de 6 preguntas con respuestas dicotómicas donde un SI, vale 1 y un NO vale 0, y finalmente un

cuestionario que identificó las características socio demográficas y sexuales – reproductivas con 14 preguntas cerradas con respuestas multivariadas al igual que las anteriores. En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el cuestionario como instrumento para la recolección de los datos.

3.3.3. Procedimientos:

Se cumplió con el cronograma programado iniciando por el reconocimiento de la zona y coordinación con los informantes claves de la zona de investigación, luego se realizó la encuesta casa por casa, previa a la encuesta, se informó y se solicitó el consentimiento para participar en la investigación, entregando el formulario para su firma respectiva que avale su participación voluntaria (Anexo 3). La encuesta se realizó en su propia casa, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la investigación médica en seres humanos:

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.

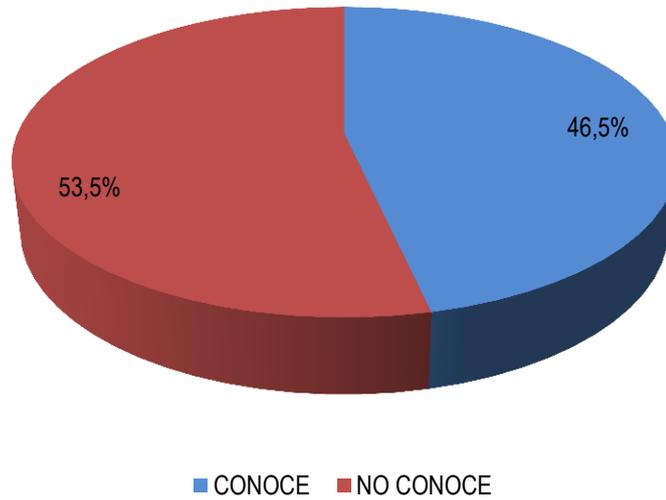
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

3.3.4. Plan de análisis:

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

IV. Resultados

4.1. Resultados



Fuente: Tabla 6.

Figura 1. Gráfico circular del conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - distrito Chimbote, 2014.

La figura 1 se evidencia resultados paritarios, en donde el 53,5% respondieron erróneamente a los seis reactivos explorados como: *qué es la prueba del Papanicolaou, lugar de toma de muestra, para qué sirve, y su importancia, condiciones en que la mujer se debe de tomar la muestra y frecuencia de la toma del Papanicolaou.* Por otro lado el 46,5% conoce acerca del examen citológico.

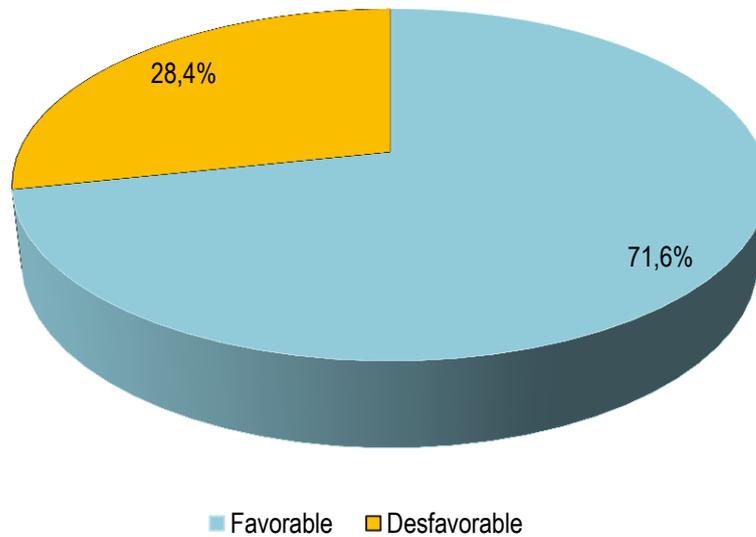
Tabla 1:

Conocimiento sobre la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

Reactivos	Conoce		No conoce	
	N	%	N	%
1. Qué es la prueba del Papanicolaou	144	92,9	11	7,1
2. Lugar de la toma de muestra	86	55,5	69	44,5
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	137	88,4	18	11,6
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	40	25,8	115	74,2
5. Casos en que no se toma la muestra	107	69,0	48	31,0
6. Frecuencia de la toma de muestra	139	89,7	16	10,3

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 1 hace evidente que la mayoría (74,2%) del colectivo entrevistado desconoce que la prueba del Papanicolaou es importante para diagnosticar cáncer de cuello uterino, el 44,5% no saben que la toma de muestra se extrae del cuello uterino, mientras que el 31,0% desconoce las condiciones que debe tener una mujer para la toma de muestra del Papanicolaou. Sin embargo, el 92,9% respondió acertadamente que dicha prueba es un examen del cuello uterino, seguido del 89,7% y 88,4% que conocen la frecuencia de la toma y para qué sirve la prueba respectivamente.



Fuente: Tabla 7.

Figura 2. Gráfico circular de la actitud global frente la prueba del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - distrito Chimbote, 2014.

La figura 2 hace referencia de la actitud global de las mujeres entrevistadas, donde se evidencia que el 71,6% tienen una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou a comparación de un 28,4% que refiere tener una actitud desfavorable, dando a entender que estas mujeres poseen una predisposición inmediata para realizarse la prueba.

Tabla 2:

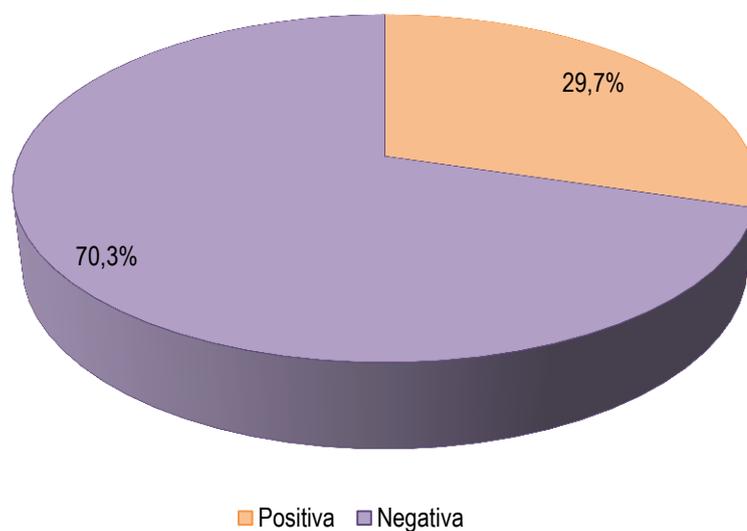
Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

REACTIVOS	FAVORABLE	DESFAVORABLE
1. Disponibilidad para la realización de Toma de PAP	84,5 %	15,5 %
2. Examen debe hacerse sólo si el médico lo solicita	33,5 %	64,5 %
3. El material que se utiliza no es un obstáculo	24,6 %	75,4 %
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años	78,7 %	21,3 %
5. Importancia de la prueba para detectar cáncer a tiempo	84,5 %	15,5 %
6. Siempre solicita los resultados de la prueba	62,6 %	37,4 %
7. Importancia de la explicación de los resultados	80,6 %	19,4 %
8. Disponibilidad sobre la lectura de los resultados	74,8 %	25,2 %

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 2 hace evidente que el 75,4% de las mujeres entrevistadas consideran que el material que se emplea en la toma de Papanicolaou es un obstáculo para la realización de este examen, el 64,5% consideran que el examen no solo se debe realizar cuando el médico lo solicita y el 37,4% manifiesta no solicitar los resultados de la prueba. Sin embargo, el 84,5% del colectivo entrevistado coinciden que dicha prueba es importante para detectar cáncer de cuello uterino a tiempo y a la misma vez, muestran una predisposición inmediata para la realización de la toma de

muestra, el 80,6% considera importante la oportuna explicación de los resultados de la prueba del Papanicolaou y tan solo el 78,7% refiere que es necesario realizarse el examen anualmente.



Fuente: Tabla 8.

Figura 3. Gráfico circular de la práctica global sobre la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - distrito Chimbote, 2014.

La figura 3 hace evidente que el 70,3% de mujeres no asumen una práctica positiva frente a la toma del Papanicolaou, y solo el 29,7% tiene comportamientos adecuados relacionados con el autocuidado de la salud.

Tabla 3:

Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
▪ Practica la prueba del Papanicolaou	144	92,9	11	7,1
▪ Se practicó la prueba en el año en estudio	64	41,3	91	58,7
▪ Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	119	76,8	36	23,2
▪ Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	102	65,8	53	34,2
▪ Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	142	91,6	13	8,4
▪ Solicita información sobre el resultado de la prueba	138	89,0	17	11,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 3 pone en manifiesto que el 58,7% de las mujeres no se practicó la prueba del Papanicolaou en el año del estudio (2014); el 34,2% se ha realizado la prueba por indicación del médico/obstetra o por sugerencia de un tercero, mas no por iniciativa propia y el 23,2% no se realiza dicha prueba anualmente. Por otro lado, el 92,9% de las mujeres alguna vez en su vida ha practicado la prueba del Papanicolaou, el 91,6% reclama los resultados del examen y el 89,0% solicita información sobre el resultado de la prueba del Papanicolaou.

Tabla 4:

Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

Edad (años)	N	%
De 14 a 19	11	7,1
De 20 a 24	12	7,7
De 25 a 29	23	14,8
De 30 a más	109	70,3
Total	155	100,0

Estado civil	N	%
Soltera	26	16,8
Casada	65	41,9
Conviviente	60	38,7
Viuda	4	2,6
Divorciada	0	0,0
Total	155	100,0

Nivel de escolaridad	N	%
No estudia	0	0,0
Primaria	16	10,3
Secundaria	100	64,5
Técnica	20	12,9
Superior	19	12,3
Total	155	100,0

Ocupación actual	N	%
Ama de casa	90	58,1
Empleada –obrero	2	1,3
Empleada- profesional	8	5,2
Trabajador independiente	41	26,5
Agricultora	0	0,0
Estudiante	14	9,0
Total	155	100,0

Religión que profesa	N	%
Católica	134	86,5
Protestante (evangélica)	13	8,4
Otra	8	5,2
Ninguna	0	0,0
Total	155	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 4 hace evidente que las edades de las encuestadas son el 70,3% mayores de 30 años, el 14,8% que se encuentran entre 25 a 29 años, y el 7,7% de 20 a 24 años. El 41,9% de las entrevistadas son casadas, 38,7% convivientes y 16,8% son solteras. Así mismo el 64,5% estudiaron hasta secundaria, el 10,3% estudiaron la primaria, y solo el 12,3% estudió nivel superior. Con respecto a la ocupación, el 58,1% de las mujeres son amas de casa, el 26,5% son trabajadoras independientes y un 9,0% son estudiantes. La religión que profesa la mayoría es católica con un 86,5%, seguido de un 8,4% que mencionan ser evangélicas.

Tabla 5:

Características sexuales reproductivas de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - distrito Chimbote, 2014

Tuvo relaciones sexuales	N	%
Si	155	100,0
No	0	0,0
Total	155	100,0
Edad de inicio de relaciones sexuales	N	%
14 a 19	90	58,1
20 a 24	58	37,4
25 a 29	7	4,5
30 a más	0	0,0
No tuvo relaciones sexuales	0	0
Total	155	100,0
Número de partos	N	%
Ningún parto	26	16,8
Primípara	47	30,3
Múltipara	76	49,0
Gran múltipara	6	3,9
Total	155	100,0
Número de abortos	N	%
Ninguno	111	71,6
1 a 2	42	27,1
3 a 4	2	1,3
5 a más	0	0,0
Total	155	100,0
Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente	N	%
Frecuentemente	55	35,5
Ocasionalmente	83	53,5
Por ahora no tengo	17	11,0
No he tenido relaciones sexuales	0	0,0
TOTAL	155	100,0

Número de compañeros sexuales durante toda su vida	N	%
Ninguno	0	0,0
1 a 2	138	89,1
3 a 4	16	10,3
5 a más	1	0,6
Total	150	100,0

Método anticonceptivo que utiliza	N	%
Píldora combinada	32	20,6
Inyectable combinado	46	29,7
Inyectable de progestágeno	7	4,5
DIU (T Cu)	10	6,5
Preservativo	22	14,2
Ritmo/regla	4	2,6
Ninguno	34	21,9
Total	155	100,0

Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual	N	%
Si	10	6,5
No	145	93,5
Total	155	100,0

Recibió tratamiento por dicha infección	N	%
Si	10	6,5
No	145	93,5
Total	155	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 5 hace evidente que la mayoría (58,1%) de las mujeres encuestadas iniciaron la actividad sexual entre 14 a 19 años y un 37,4% lo hicieron a los 20-24 años. Del mismo modo la frecuencia con lo que realizan las relaciones sexuales un 53,5% respondieron ocasionalmente y un 35,5% frecuentemente. Además, el 89,1% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales y un 10,3% tuvo 3 a 4 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 49,0% son multíparas, el 30,3% son primíparas y 16,8% son nulíparas. Mientras el 71,6% no sufrió ningún aborto, mientras que el 27,1% alguna vez tuvo 1 a 2 abortos. El método anticonceptivo más usado entre las mujeres entrevistadas (29,7%) es el inyectable combinado seguido por un 21,9% que no utilizan ningún método. El 93,5% no tuvo ninguna infección de transmisión sexual a comparación al 6,5% que si tuvo alguna vez una enfermedad de ese tipo, así mismo el mismo porcentaje recibió tratamiento para dicha infección.

4.2. Análisis de resultados:

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. ⁽²⁰⁾ Teoría que debería estar presente en el desarrollo del ser humano, sin embargo los resultados muestran una situación preocupante, donde el 53,5% de las mujeres entrevistadas no tienen conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou como aspecto importante en la detección del cáncer de cérvix, frente a un 46,5% de mujeres que sí conocen. Resultados similares reportó **Cogollo** ⁽⁷⁾ en Colombia en el año 2010, realizó un estudio donde el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervico-uterino: seguido por un nivel intermedio en el 40%. Se infiere que ciertas similitudes estarían marcadas en ambos grupos de estudios pues el desconocimiento puede deberse a la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de instrucción. La mayoría pertenece en un nivel socioeconómico bajo y en su mayoría solo han cursado estudios de primaria y secundaria incompleta.

Al analizar los reactivos con los que se midieron el nivel de conocimiento, se puede evidenciar según la tabla 1, que la mayoría (74,2%) del colectivo entrevistado desconoce que la prueba del Papanicolaou es importante para diagnosticar cáncer de cuello uterino, el 44,5% no saben que la toma de muestra se extrae del cérvix, mientras que el 31,0% desconoce que la prueba de PAP se debe realizar sin menstruación, sin haber tenido relaciones sexuales por lo menos 48 horas ni haberse colocado óvulos, ni sometido a duchas vaginales. Resultados relativamente similares

muestra **Guillermo, A** ⁽¹³⁾ en su estudio realizado en el Hospital de “Mama Ashu”, distrito de Chacas, 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguido del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

Muchas de las mujeres entrevistadas se mantienen al margen de sus costumbres y patrones ancestrales que se convierten en barreras en muchos casos, puesto que siguiendo la teoría de Alavi y Leidner ⁽¹⁹⁾ el conocimiento se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia, sin embargo, la experiencia de estas mujeres proviene de una mezcla de desinformación, mitos e información pasada de generación, con un fuerte contenido equivocado que lo traen con ellas desde su niñez, siendo un factor predisponente para el desconocimiento.

La actitud, según la teoría del aprendizaje ⁽²³⁾, el ser humano al aprender la información nueva, aprende sentimientos, pensamientos y acciones que están en relación con ella y en la medida en que sean reforzados el aprendizaje perdurará. Sin embargo, los resultados muestran lo contrario, ya que el 71,6% de las mujeres del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo tienen una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 28,4% una actitud desfavorable. Lo que muestra que la teoría del aprendizaje no se estaría cumpliendo en estas mujeres, pues el grupo de estudio no tiene información adecuada sobre la prueba citológica; sin embargo, se estaría presentando lo que Festinger sostiene en su teoría siempre tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, entrando

a un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. ⁽²³⁾ Resultados semejantes muestra **Martínez y Vázquez** ⁽¹⁵⁾, donde se evidencia que el 91,4% presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% actitud indiferente.

A la experiencia del contacto directo con las mujeres entrevistadas, mostraron que su predisposición positiva a la toma del Papanicolaou es por el temor que ellas poseen a que tengan alguna enfermedad con la que corra riesgo su vida, sentimiento que prevalece para asumir que las actitudes son correctas en dichas mujeres, sin embargo, ellas no se encuentran totalmente convencidas que la prueba del Papanicolaou es realmente importante como método de despistaje temprano de cáncer de cuello uterino.

Un aspecto importante y que se debe tomar acciones urgente es la brecha encontrada del 75,4% de las mujeres consideran que el material que se utiliza para la realización de la prueba es un obstáculo. Información obtenida directamente en la profundización de las preguntas y en contacto directo con el colectivo entrevistado muestra que dicha población se siente “incómoda” al momento que el profesional de salud coloca el espéculo, refiriendo tener “miedo a ser lastimadas” y “temor a que al momento que coloquen el espéculo, este material pueda estar contaminado de otras pacientes”, sentimientos y opiniones que amerita intervención urgente de índole educativo con las mujeres y por otro lado con el mejoramiento de las competencias de los profesionales de la salud que atienden a estas mujeres.

Por otro lado, la práctica es definida como el uso continuo de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. ⁽¹⁰⁾ Las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo demuestran que el 70,3% de las mujeres no practican la prueba del Papanicolaou, solo el 29,7% de las mujeres si asumen el autocuidado de su salud. **Seminario, P et al** ⁽¹¹⁾ en el año 2011 tiene resultados similares, pues se observó que el 38,8% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 61,2% restante una práctica incorrecta. Por otro lado encontramos a **Guillermo, A** ⁽¹³⁾ quien informó que el 84% de la población de mujeres en edad fértil no practican el examen de PAP, a comparación de un 16% que si tienen practicas adecuadas. La similitud de los estudios se enfoca en el desconocimiento de las poblaciones estudiadas sobre la toma de Papanicolaou.

En cuanto se refiere a los seis reactivos explorados durante la investigación el 58,7% de las mujeres no se practicó la prueba del Papanicolaou en el año del estudio (2014); el 34,2% se ha realizado la prueba por indicación del médico/obstetra o por sugerencia de un tercero, mas no por iniciativa propia y el 23,2% no se realiza dicha prueba anualmente. Según **Guillermo** ⁽¹³⁾ al explorar los resultados según indicadores encontró que el 58,7% se realizaban la prueba del PAP porque tuvieron una indicación médica o de algún tercero mientras que el 41,3% de las mujeres lo hace por iniciativa propia; el 60% no practica este examen anualmente y sólo el 40% de las entrevistadas manifestaron que tienen un control anual para detectar el cáncer de cuello uterino.

Según la experiencia en el trabajo de campo, las mujeres entrevistadas revelaron que sienten vergüenza al realizarse la prueba del Papanicolaou porque muchas veces siente que sus genitales están expuestos, y consideran que exponen su intimidad y dignidad como mujer y eso es un aspecto negativo que lleva a las mujeres a no tener una correcta práctica sobre la citología cervical.

Por otro lado, mencionan que “sólo se realizan la prueba si el obstetra que atiende en el consultorio es de su entera confianza”, eso da a entender que no todos los profesionales obstetras brindan un trato humanístico y cálido en la atención de salud, es por ello que se debe emplear valores como el respeto y empatía, que definen a un profesional de calidad. Si bien es cierto, se evidencia una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou, siendo posible deducir que la práctica de estas mujeres estarían presentes, pero con ausencia del conocimiento, esto indica que hablando de un conductismo humano, dichas personas tienen un estímulo, pero la respuesta no es adecuada porque estaría ausente el conocimiento a partir de una educación en salud y para la salud.

Finalmente las participantes del estudio corresponden a un grupo de mujeres en edad fértil cabe señalar que el 70,3% de ellas son mayores de 30 años, la mayoría son casadas, amas de casa, han cursado la secundaria y en su mayoría pertenecen a la religión católica. Además por su propia naturaleza mantienen una actividad sexual ocasionalmente y tienen experiencia en partos (en gran parte son multíparas).

V. Conclusiones.

1. Las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou y en una pequeña proporción refieren conocer sobre la prueba citológica.
2. El colectivo en estudio desconocen que la prueba del Papanicolaou es importante para diagnosticar precozmente el cáncer de cérvix, no saben que la toma de muestra se extrae del cuello uterino, y no conocen las condiciones que debe tener una mujer para la toma de muestra del Papanicolaou, de esta manera se infiere que en países en vías de desarrollo, los servicios de salud aún muestran debilidades en el ámbito promocional, y si se implementan campañas de prevención del cáncer o talleres educativos sobre la importancia del Papanicolaou, éstos van a contribuir con el mejoramiento en la educación, influenciando positivamente en el nivel de conocimiento de las mujeres, y lograr la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad del cáncer cervicouterino.
3. La mayoría de las mujeres del Pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo tienen una actitud favorable frente a la prueba del Papanicolaou, mostrando una predisposición inmediata a la realización de dicho examen.

4. Según la actitud por reactivos, la mayoría de las mujeres entrevistadas consideran que el material que se emplea en la toma de Papanicolaou es un obstáculo para la realización de este examen, además el 64,5% consideran que el examen no solo se debe realizar cuando el médico lo solicita y el 37,4% manifiesta no solicitar los resultados de la prueba, reflejando las brechas que existen para lograr una aceptación total de la prueba del Papanicolaou como método de detección precoz de cáncer del cuello uterino.

5. La mayoría de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo no tienen prácticas adecuadas frente a la toma del Papanicolaou, el 58,7% de las mujeres no se practicó la prueba en el año del estudio (2014); el 34,2% se ha realizado la prueba por indicación del médico/obstetra o por sugerencia de un tercero, mas no por iniciativa propia y el 23,2% no se realiza dicha prueba anualmente. La causa de estas prácticas se generan a partir del temor, vergüenza y poco conocimiento que tienen la población femenina frente al cuidado de su salud.

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

Aspectos complementarios:

Tabla 6:

Conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - Chimbote, 2014

Conoce	N	%
Si	72	46,5
No	83	53,5
Total	155	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 6 muestra el conocimiento global de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo, en donde se evidencia una situación preocupante toda vez que el 53,5% respondieron erróneamente a los seis reactivos explorados como: *qué es la prueba del Papanicolaou, lugar de toma de muestra, para qué sirve, importancia de la prueba, casos en que no se toma la muestra y frecuencia de la toma del Papanicolaou*. Por otro lado el 46,5% conoce acerca del examen citológico.

Tabla 7:

Actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - Chimbote, 2014

Actitud	N	%
Favorable	111	71,6
Desfavorable	44	28,4
Total	155	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

La tabla 7 hace referencia de la actitud global de las mujeres del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo, donde se evidencia que el 71,6% de las mujeres tienen una actitud favorable a comparación de un 28,4% que refiere tener una actitud desfavorable, dando a entender que estas mujeres poseen una predisposición inmediata para realizarse la prueba del PAP.

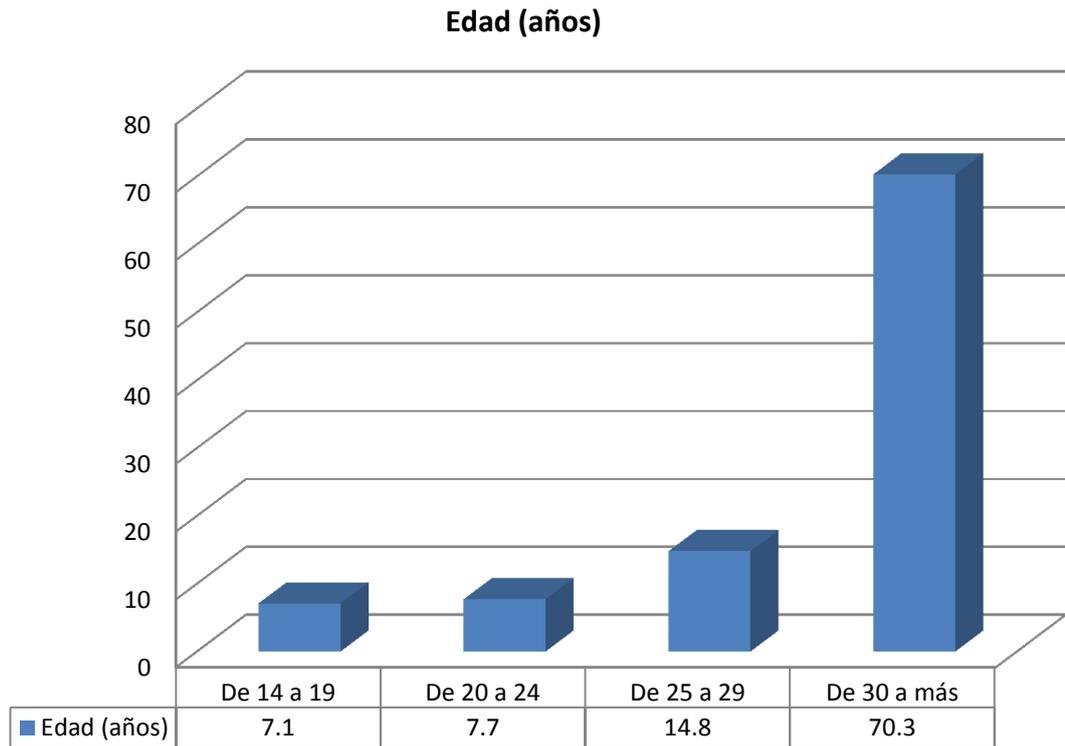
Tabla 8:

Practica frente a la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo – Chimbote, 2014

Práctica	N	%
Si	46	29,7
No	109	70,3
Total	155	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo durante los meses Junio – Julio, 2014.

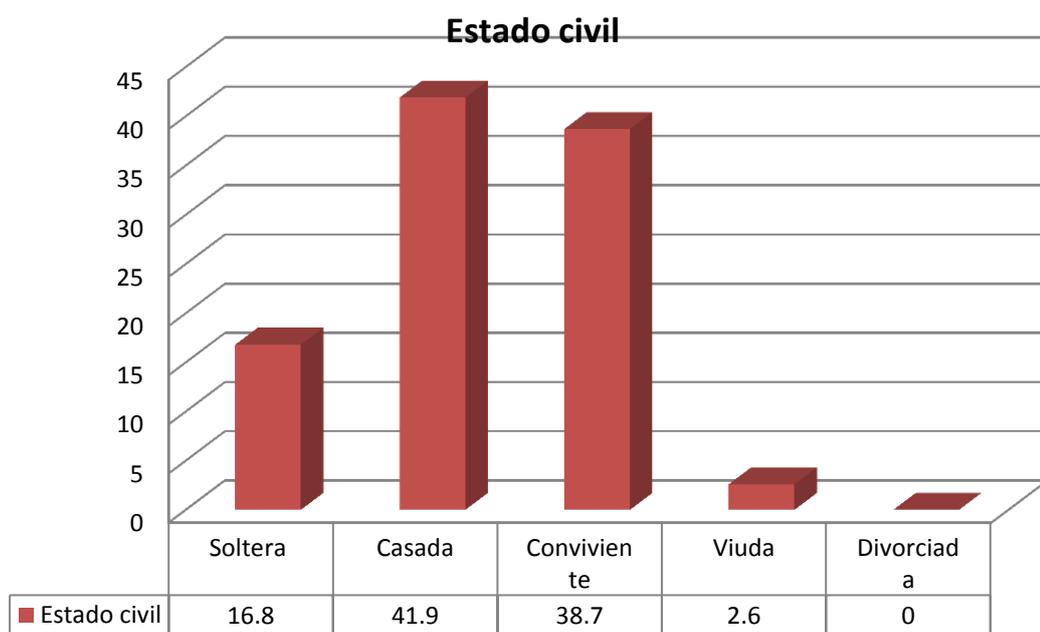
La tabla 8 hace evidente las practicas frente a la toma del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo, resaltando que el 70,3% de mujeres no asume una práctica positiva frente a la prueba del PAP, y solo el 29,7% tiene comportamientos adecuados relacionados con el autocuidado de la salud.



Fuente: Tabla 4.

Figura 4. Gráfico de barras de las edades de las mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

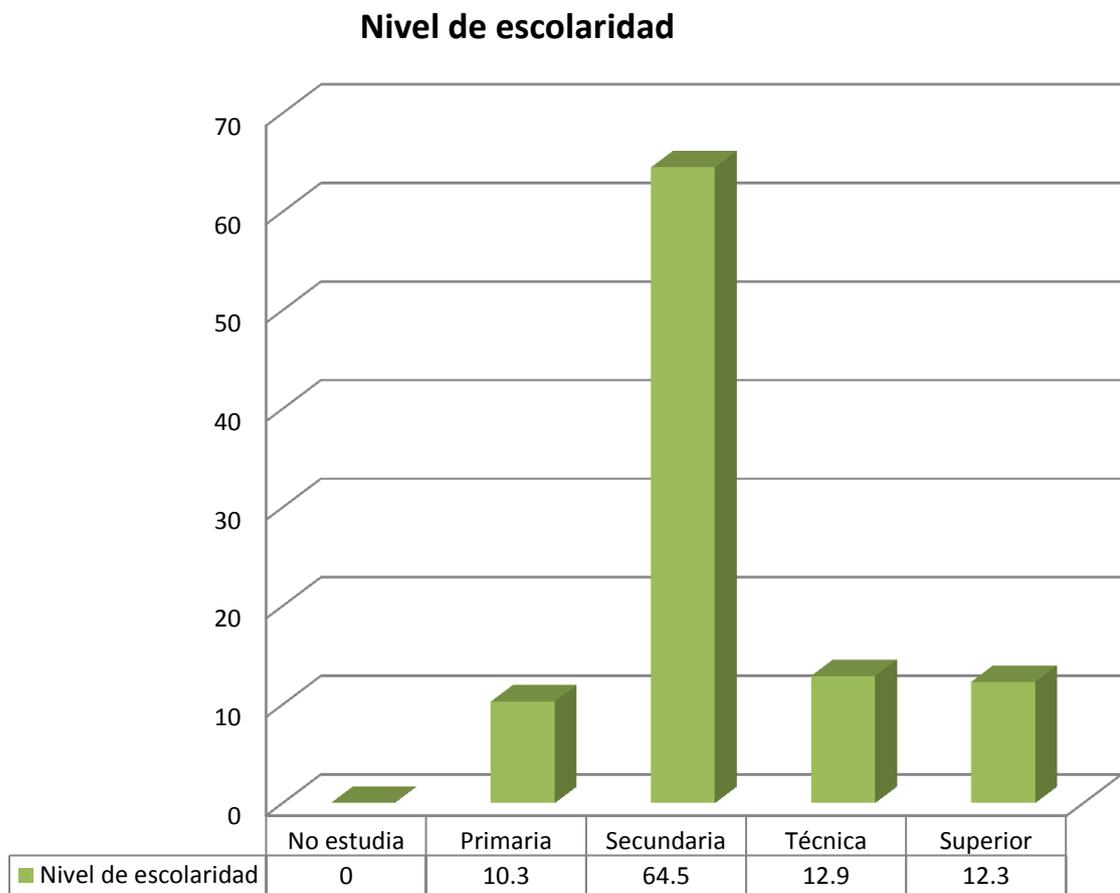
La figura 4 hace evidente las edades de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo, observando que las encuestadas son el 70,3% mayores de 30 años seguido del 14,8% que se encuentran entre 25 a 29 años, el 7,7% de mujeres se encuentran entre los 20 a 24 años.



Fuente: Tabla 4.

Figura 5. Gráfico de barras del estado civil de las mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

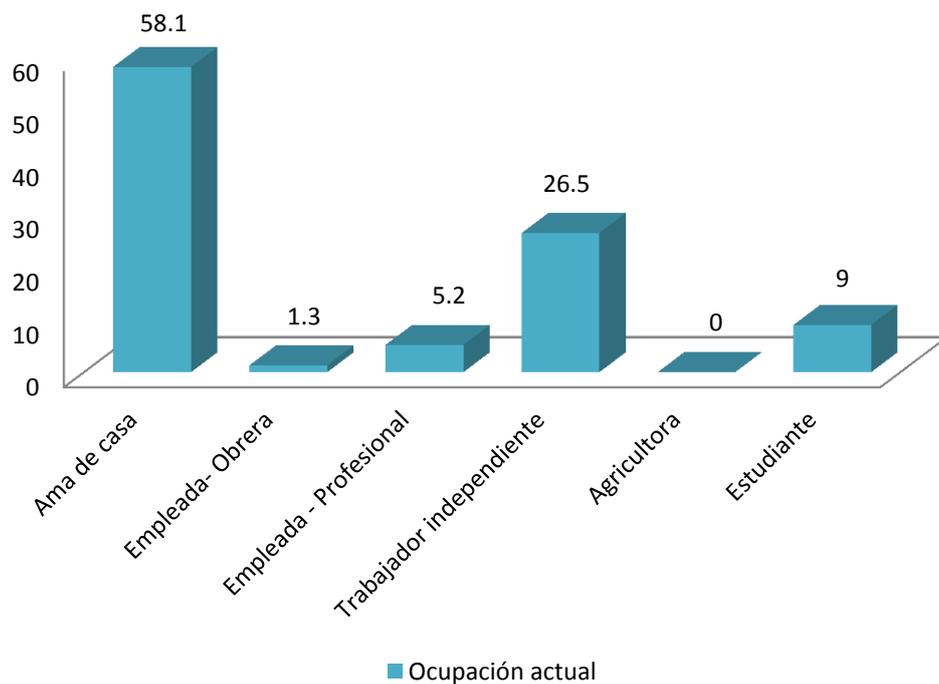
La figura 5, el 41,9% de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo son casadas, 38,7% convivientes y 16,8% son solteras.



Fuente: Tabla 4.

Figura 6. Gráfico de barras del nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

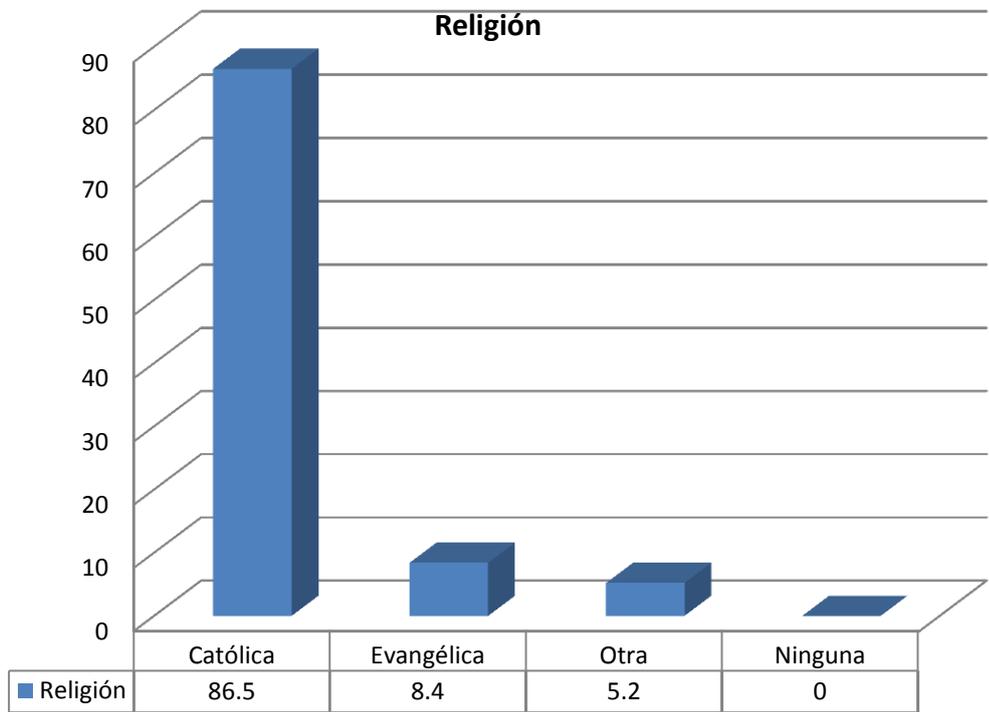
La figura 6 se observa que el 10,3% mujeres del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo estudiaron la primaria, el 64,5% estudiaron secundaria, solo el 12,3% estudió nivel superior.



Fuente: Tabla 4.

Figura 7. Gráfico de barras de la ocupación actual de las mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

El 58,1% de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo son amas de casa, el 26,5% son trabajadoras independientes y un 9,0% son estudiantes.



Fuente: Tabla 4.

Figura 8. Gráfico de barras de la religión que profesan las mujeres en edad fértil de dos asentamientos humanos - distrito Chimbote, 2014.

La mayoría (86,5%) de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo son católicas, seguido de la evangélica con un 8,4%.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del P.J. Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - Chimbote 2014”

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p><u>Preguntas de investigación:</u></p> <p>¿Qué conocimientos, actitudes y conductas hacia la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil (MEF) del P.J Ramón Castilla y la Urb. Santiago Antúnez de Mayolo en el distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014?</p>	<p><u>General:</u></p> <p>Describir los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en las MEF del P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p><u>Específico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou que tienen las MEF en el P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014. • Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou en las MEF del P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014. • Identificar la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en las MEF del P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez 	<p>Por ser de nivel descriptivo, no se consideró una hipótesis.</p>	<p>Variables principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos. • Actitudes. • Prácticas.

	<p>de Mayolo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la actitud frente: a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y el recojo de los resultados en las MEF del P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014. • 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 MEF del P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014. • Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las MEF del P.J Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014. 		
--	---	--	--

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><u>Tipo:</u> Descriptivo</p> <p><u>Nivel:</u> Cuantitativo</p> <p><u>Diseño:</u> Simple de una sola casilla de corte transversal.</p>	<p><u>Población:</u> El ámbito geográfico de la investigación estuvo compuesto por el Pueblo joven Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo del distrito de Chimbote, la población está constituida por 482 mujeres en edad fértil en edades de 15 – 49 años, que radican en dicha comunidad.</p> <p><u>Muestra:</u> La muestra fue de 155 mujeres, no probabilística a conveniencia, constituida por un determinado número de mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.</p>	<p><u>Técnicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta <p><u>Instrumentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. 	<p>Para el análisis de los resultados se 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.</p> <p>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.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Shanta V, Krishnamurthi S, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K. Epidemiology of cancer of the cervix: global and national perspective. *J Indian Med Assoc.* 2000; 98(2):49-52.
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadística: perfil epidemiológico [página de internet]. Lima: INEN; 2006. [Fecha de acceso: enero de 2008]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>
3. Solidoro A. Cáncer en el siglo XXI. *Acta MedPeru.* 2006; 23(2): 112-18.
4. Aguilar J, Leyva A, Angulo D, Salinas A, Lazcano E. Tamizaje en cáncer cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *RevSau de Pública.* 2003; 37(1): 100-6.
5. Lazcano E, Moss S, Cruz A, Alonso P, Casares S, Martínez CJ, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud PublicaMex.* 1999; 41(4): 278-85.
6. Urrutias M, Et al. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por im grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino Auge. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [Serie en internet]. 2008; 73(2): 98 – 103. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v73n2/art05.pdf>
7. Cogollo, Z 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

8. Tenorio, I. Conocimiento, actitudes, prácticas 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>
9. Figueroa, 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>
10. Beltrán, M. Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital regional Docente de Trujillo – 2009. Tesis para optar el bachiller en medicina. Trujillo – Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2009. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/BeltranRomero_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Seminario, P. Chero, F. Colorado, J. Gómez, P. Lamas, R. Parraguez, M. Villalobos, A. León, J. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo. Revista de Salud Pública de Perú. 2010. 4(2): 95 – 96. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060441.pdf>.
12. 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
13. 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>
14. Jaén M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada [tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud] Panamá: Universidad De Panamá; 2009. Disponible en: <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/61459994J17.pdf>
15. Martínez M, Vázquez Sh. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz. [Tesis para optar

licenciatura en enfermería] México: Universidad Veracruzana; 2010.

Disponible en:

<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30085/1/MtzJimenezMdelosAyVzqzRodSheliaL.pdf>

16. Palma, 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)
17. Flores, M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. . [Online]. 2005. [citado el 23 de noviembre de 2013]; 26 (2): 22 Disponible en:
<http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
18. Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Op.cit., p.15
19. Alavi, M. Soluciones tecnológicas que apoyan la gestión del conocimiento. En: AD-MINISTER. [Serie en internet]. 2006. [Citado el 21 de junio de 2015]; 1(8): 71 – 72. Disponible en:
<http://eprints.rclis.org/22933/1/LA%20GESTI%C3%93N%20DEL%20CONOCIMIENTO%20Y%20LAS%20POL%3%8DTICAS%20P%3%9ABLICAS.pdf>
21. Escolarización del alumnado inmigrante el curriculum [Serie En Internet]. [Citado 27 abril 2013]; [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en :
<http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r435473/eu/contenidos/informacion/dia6>

[/eu_2027/adjuntos/zubirik_zubi/materiales_educacion_primaria/CURRICUL
UMA/32_apren-coop.pdf](#)

21. Lage, F. Cataldi, Z. Modelo cooperativo – colaborativo para la capacitación de recursos humanos a través de intranet/extranet. Universidad de Buenos Aires [Serie En Internet], [Citado 21 Junio 2016]; Disponible en: <http://gte2.uib.es/edutec/sites/default/files/congresos/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>
22. Morales, P. Medición de actitudes en Psicología y Educación. (San Sebastián, Ttarttalo). 1988. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10060/1/MoretVentura.pdf?sequence=>
23. Bases teóricas de la actitud. [Serie en internet]. [Citado el 22 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/371.302%2081-L333r/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>
24. Kagan J. Reflexión - Impulsividad: La generalidad y la dinámica conceptual de tiempo. En Psicología, Journal of Abnormal 1996; 71. 17 [Serie en internet]. [Citado el 22 de junio de 2015]. Disponible en: http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_87_Binder1.pdf
25. Martínez L. Hacia una sexualidad integral. blog de aplicaciones,[citado Agosto 23]. Disponible en: [Noviazgohttp://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf](http://familiatec.itesm.mx/publicaciones/docs/boletin8/familia_presente.pdf)

26. Escámez Sánchez, J. Valores, actitudes y habilidades en la Educación para la salud. [Serie en internet]. 2002; [citada 2013noviembre 23]; [Alrededor de 19 pantallas]. Disponible en: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-02.pdf>
27. Nelson F. Patología Humana .8ªedición. Chile. Editorial Elsevier. España.2008.
28. Serman, F. Cáncer cervicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología; 67(4):318 – 323. Chile. 2002. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v67n4/art11.pdf>
29. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervico uterino. Chile: Minsal, 2º Edición. 2010.
30. Chocarro, L. Enfermería Medico quirúrgica: Procedimientos y cuidados en la enfermería. 1ra Edición. España. Editorial ELSEVIER. 2006. Pág. 42.
31. Flores P. Prácticas de prevención del cáncer cervico uterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra – San Juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%2028para%20Inform%C3%A1tica%29/2011/palma_fj/palma_fj.pdf
32. Varela S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2005; 73:131
33. Resumen sobre cáncer de cuello uterino. American Cancer Society.2009.4-7.
Disponible en: www.cancer.org
34. Castañeda M. El cáncer cervical como problema de Salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con Virus del Papiloma Humano. [Tesis para optar el

grado de Doctor en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica]. 2002.

35. León G, Bosques D, Silveira P. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2004 [citado 23 Jun 2015] ; 30(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000300007&lng=es.
36. OPS. PATH (Programa para una tecnología apropiada en salud). Tamizaje: Pruebas de Papanicolaou. Aspectos Destacados del tema, No.2. En: Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino 3ra Edición. 2002. Pág. 11.
37. Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Rev E\p Salud Pública 1997; 71: 335-311.
38. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed. México: Limusa S.A.; 2004.

ANEXOS



N° DE ENCUESTA

ANEXO 1

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

REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	CASERIO

DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)

MZ	LOTE	NÚMERO	INTERIOR	PISO	URBANIZACIÓN/SECTOR

VISITA DEL ENCUESTADOR		
FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO

COMENTARIO DEL ENCUESTADOR

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Estoy realizando una investigación soy de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote y estoy realizando un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres del pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo - Distrito de Chimbote - 2014” Solicito tu colaboración, para que me ayudes a profundizar en el conocimiento prácticas y actitudes relacionados con ellas, así como los problemas a los que se enfrentan. Este cuestionario es anónimo. Muchas gracias por tu colaboración.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

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

CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

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

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

CONOCIMIENTO

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

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

ACTITUDES

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

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

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

PRACTICAS

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

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

Anexo 2:

Carta de presentación:

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

Sra. O señorita

Presente.-

De mi mayor consideración:

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

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchas otras participantes del PP. JJ Ramón Castilla y Urbanización Santiago Antúnez de Mayolo. Por esta razón presentamos al estudiante investigador de la carrera de obstetricia de la ULDECH Católica, quien está autorizado a recolectar la información personalizada.

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

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

Atentamente,



Stamp: ULDECH UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES CHIMBOTE DPTO. ACAD. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Signature: *Amelia Nelly Solís Villanueva*

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

Anexo 3:

Consentimiento informado:

Autora: Mg. Nelly Solís Villanueva

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 información y educación en temas de salud sexual y reproductiva 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 distrito de Santa. Por esta razón solicito a usted autorice su participación en la encuesta que le haga el portador de la presente, quién es estudiante en Obstetricia de nuestra casa superior de estudio y está especialmente capacitado para realizar este tipo de tarea.

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 Santa.

Instrucciones:

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir.
3. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
4. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.
5. Responda a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.

Anexo 4:

Mapa del ámbito de intervención:



Anexo 5:

Encuesta a las mujeres en edad fértil que fueron entrevistadas en el pueblo joven Ramón Castilla y urbanización Santiago Antúnez de Mayolo en el periodo Junio – Julio – distrito de Chimbote, 2014.

