



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES – PUEBLO  
JOVEN DOS DE MAYO, CHIMBOTE 2014**

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

**AUTORA**

**BR. NORMA SOFIA ESTELITA ORTEGA**

**ASESORA**

**MG.OBST. NELLY AMELIA VILLANUEVA SOLIS**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**-2016-**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE  
PAPANICOLAOU EN MUJERES – PUEBLO JOVEN DOS DE  
MAYO, CHIMBOTE 2014**

## **JURADO EVALUADOR DE TESIS**

Mgtr. Lucia Villanueva Vásquez

**Presidenta**

Mgtr. Carmen Aguirre Espinoza

**Secretaria**

Mgtr. Melva Loyola Rodríguez

**Miembro**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar le doy gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para terminar mis estudios satisfactoriamente.

A la Dirección de la Escuela de Obstetricia y a la Mg. Obst. Nelly Amelia Solís Villanueva por su asesoría y apoyo incondicional durante el proceso de investigación.

A los moradores del Pueblo Joven Dos de Mayo que tuvieron la amabilidad de apoyarme y así poder ser parte de este presente estudio al teniente gobernador de dicha zona que me facilito la llegada a cada una de las casa visitadas ya que son parte del presente estudio realizado.

## DEDICATORIA

A mis padres, porque todo lo que soy se lo debo a ellos.

Y por inculcar en mi la importancia de estudiar y por su apoyo incondicional en cada momento que los necesite.

A mi madre por ser mi gran apoyo incondicional en todo momento y quien siempre me da la fuerza necesaria para salir adelante, y sacar adelante este proyecto.

## RESUMEN

El presente estudio tiene como **Objetivo** describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres del Pueblo joven “Dos de Mayo”, Provincia de Santa- Distrito de Chimbote en el periodo Abril – Julio de 2014”. **La metodología** se centra en un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo, diseño no experimental, de cohorte transversal de una sola casilla. La población lo constituyen 1890 mujeres en edad fértil, con una muestra de 150 mujeres en edad fértil y muestreo no probabilístico. **Los Resultados** obtenidos reportan que la mayoría de mujeres (65,3%), no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, frente a un menor porcentaje que si mostró conocimiento (34,7%). Así mismo las brechas del conocimiento se muestran en el 53,3% de MEF que no conocen la importancia de la toma de la prueba del PAP. Por otro lado la mayoría (93,3 %) de las mujeres tienen una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou y solo el 6,7% muestra una actitud desfavorable. En cuanto a la práctica global han demostrado que el 84,7 % de las mujeres en estudio tienen prácticas negativas. Finalmente se **concluye** que las mujeres en edad fértil del Pueblo joven Dos de Mayo no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo presentan actitudes favorables y practicas negativas, situación que amerita profundizar el estudio para relacionar el conocimiento con las prácticas y actitudes

**Palabras claves:** Actitudes, Conocimientos, Prácticas. Papanicolaou y mujeres

## ABSTRACT

The **objective** of this study is to describe the knowledge, attitudes and practice, taking of Papanicolaou in women of childbearing age young people "May two", Province of Santa-Chimbote District in the period April - July 2014". The **methodology** focuses on a study of quantitative descriptive level, no experimental design, cohort cross one box. The population is made up 1890 women of childbearing age, with a sample of 150 women of childbearing age and non-probability sampling. **The results** obtained reported that the majority of women (65.3%) do not have global knowledge about the Papanicolaou, against a lower percentage than did show knowledge (34.7%). Likewise knowledge gaps shown in 53.3% of MEF who do not know the importance of making the papanicolaou test, and 51, 3% do not know where the decision is made to test the papanicolaou. While 70.0% is performed frequently making the papanicolaou test, and 68.7% knew that cases should not make the decision for the papanicolaou test. On the other hand the majority (93.3%) of women have an overall positive against the taking of smear and only 6.7% shows an un favorable attitude. As for the global practice has shown that 15.3% of women practice test papanicolaou and 84.7% had negative practices. Finally it is **concluded** that women of childbearing age Young People May two does not have a comprehensive understanding about taking Papanicolaou, however have favorable negative attitudes and practices, a situation that warrants further study to relate the knowledge of the practices and attitudes.

**Keywords:** Attitudes , knowledge, practices . Papanicolaou and women

## CONTENIDO

1. TÍTULO DE LA TESIS	ii
2. HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR	iii
3. HOJA DE AGRADECIMIENTO	iv
4. HOJA DE DEDICATORIA	v
5. RESUMEN	vi
6. ABSTRACT	vii
7. CONTENIDO	viii
8. INDICE DE TABLAS	xii
9. INDICE DE GRÁFICOS	xiii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1 En relación al Conocimiento sobre la Toma del Papanicolaou	7
2.1.2 En relación a las actitudes frente a la toma del Papanicolaou	9
2.1.3 En relación a las prácticas frente a la toma del Papanicolaou	10

2.2 Bases Teóricas	13
2.2.1 Bases Teóricas del Conocimiento	13
• Modelo Cooperativo Participativo	15
• Principios de una intervención educativa	16
2.2.2. Bases teóricas de la actitud	19
• Teorías del aprendizaje	20
• Teorías de la disonancia cognitiva	21
• Perspectiva de la actitud	21
• Tipos de actitud	23
• Actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud	24
• La autenticidad	25
• La fortaleza de la voluntad	25
• La autoestima	26
• El cuidado del otro	26
2.2.3. Bases teóricas de la Práctica	27
<b>2.3. Marco Conceptual</b>	28
2.3.1 Aspectos conceptuales pertinentes	28
• Cáncer del cuello uterino	28

2.3.2	Prevención primaria y secundaria	28
	• Prevención primaria	28
	• Prevención secundaria	29
	• Educación a la población	29
	• Frecuencia de la Prueba	30
	• Requisitos para la Prueba de Papanicolaou	32
	• Procedimiento de la prueba	32
	• Factores de riesgo asociados	33
2.3.3.	Clínica del cáncer y sintomatología	37
2.3.4	Diagnóstico del cáncer del cuello uterino	38
2.3.5.	El sistema Bethesda	39
2.3.6	Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino	40
2.3.7.	Modelo de nivel de salud de la OMS	41
<b>III.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>42</b>
3.1.	Diseño de la investigación	42
3.2.	Población y muestra	43
	- Criterios de inclusión y exclusión para el estudio	43
	- Definición de Matriz de Operacionalización de variables	44

3.3. Técnicas e instrumentos de medición	48
3.3.1. Técnica	48
3.3.2. Instrumento	48
3.5.3. Procedimiento	49
3.5.4. Plan de análisis	50
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>51</b>
4.1. Resultados	51
4.2. Análisis de resultados	61
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>66</b>
<b>VI. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS</b>	<b>68</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>78</b>
<b>VIII. ANEXOS.</b>	<b>87</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” - distrito Chimbote – 2014.	46
Tabla 02	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” – distrito de Chimbote- 2014.	48
Tabla 03	Practica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” distrito Chimbote -2014.	50
Tabla 04	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” distrito Chimbote – 2014.	51
Tabla 05	Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” distrito Chimbote- 2014.	53

## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 01 Gráfico circular del conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo”- distrito Chimbote – 2014. 64
- Figura 02 Gráfico circular de la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” distrito de Chimbote – 2014. 65
- Figura 03 Gráfico circular de la práctica global frente a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de Mayo” distrito Chimbote - 2014. 66

## **I. Introducción**

La prueba del Papanicolaou ha sido utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cérvix, pues se ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia.

Un mayor porcentaje de participación (prácticas) estaría relacionada a un mayor grado de conocimientos y actitudes de la usuaria. Niveles de educación y niveles económicos altos y actitudes positivas frente al Papanicolaou (PAP) han demostrado un mayor uso de esta prueba. Es por eso importante investigar las prácticas, conocimientos y actitudes de las mujeres con relación a la prueba del Papanicolaou. Situación preocupante para las mujeres en edad fértil, dado que la gran mayoría aún permanece con desconocimiento sobre las medidas de prevención y autocuidado de su salud sexual y reproductiva.

El distrito de Chimbote no es ajeno a esta realidad, se han diagnosticado 650 nuevos casos de cáncer cada año. Esta cifra se eleva por el crecimiento de la población, los malos hábitos de los ciudadanos, por la vida sedentaria que llevan y por la falta de conocimiento al realizarse la prueba de la toma del Papanicolaou. Es una situación preocupante para las mujeres en edad fértil, sobre todo las del el Pueblo Joven “Dos de Mayo”, ubicada en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, puesto que

cuenta con un total de 5 125 habitantes, calculando 1 890 mujeres en edad fértil (MEF), muchas de ellas tienen características propias de la costa, mientras que un menor porcentaje provienen de la serranía de Ancash, la gran mayoría de las mujeres tienen trabajos independientes, algunas se dedican al comercio, otras son trabajadoras del hogar, generalmente por el horario de trabajo que ellas tienen postergan la atención de los servicios de salud.

Las actitudes y prácticas que las mujeres tienen con el cuidado de su salud sexual, tiende a ser interferida por la libre información sobre sexualidad, provenientes de los diferentes medios de comunicación, la cual impulsa a prácticas negativas, como no acudir a tomarse una prueba del PAP, no se realizan exámenes de rutina para despistaje de cáncer, y tampoco de ITS/ VIH/SIDA.

La promiscuidad está presente en ambos géneros, y muchos de ellos visto como algo natural. Para ello nos hacemos la siguiente interrogante: **¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del PP.JJ Dos de Mayo - Distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014?** Para dar respuesta al problema, se plantea el objetivo general que es, Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil.

Para poder dar respuesta a este, se formulan los siguientes objetivos específicos como: describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou que tienen las mujeres en edad fértil del ámbito de estudio, también Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del ámbito de estudio, Identificar la actitud frente a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en edad fértil del ámbito de estudio, Identificar las prácticas relacionadas con la toma del examen del Papanicolaou, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en edad fértil del ámbito de estudio, Describir las características sociodemográficas sexuales y reproductivas en las mujeres en edad fértil del ámbito de estudio.

Esta investigación se justifica para identificar la importancia de conocer las principales características de las mujeres en edad fértil; sus conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del PAP, para así abordar uno de los componentes más importantes y efectivos en la problemática del cáncer del cuello uterino las medidas orientadas a evitar la aparición, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo.

También el estudio nos permitirá contar con información clave e identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, la misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando un cambio en su actitud y prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva de la población femenina, desde ya, la contribución

teórica se centra en la ausencia de investigaciones locales sobre el tema, lo que exige la declaración de bases conceptuales y/o constructos que guiaran el trabajo del obstetra.

La mayoría de mujeres en estudio, no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, a diferencia de algunas que si conocen del tema. Así mismo las Mujeres en estudio desconocen la importancia de la toma de la prueba del PAP, y del lugar de dónde se toma la muestra para este. Algunas mujeres se realizan con frecuencia este examen, y tienen los conocimientos sobre en qué casos no se debe realizar la toma para este exámen. Por otro lado la mayoría de las mujeres tienen una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou, mientras que algunas muestran una actitud indiferente. En cuanto a la práctica global se identifica que son muy pocas las mujeres que lo practican. Sin embargo la mayoría de las mujeres del pueblo joven, Dos de Mayo muestran una práctica desfavorable.

La metodología es de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, porque no se manipularán las variables en estudio, serán medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad. Diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal de. La población del pueblo joven Dos de Mayo está compuesta por 1890 mujeres en edad fértil y la muestra se obtuvo haciendo uso del muestreo no probabilístico siguiendo los criterios de inclusión y exclusión quedando 150 mujeres en estudio 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.

Los resultados se presentaran en tres etapas, la primera etapa deja evidente sobre el conocimiento global hacia la prueba del Papanicolaou, donde se encontró que gran parte de las mujeres muestra un desconocimiento global sobre la toma de este exámen. Según los reactivos relacionados presentan un desconocimiento mayor sobre la importancia de la prueba y el lugar de donde se toma la muestra para la prueba del PAP, a diferencia de la mayoría de las entrevistadas que si conocen cuales son las condiciones para no realizarse la prueba y con que frecuencia deben realizar el PAP.

En la segunda etapa identificamos la actitud global que presentaron las mujeres en estudios, dejando evidente que la mayoría tiene una actitud favorable frente a la toma del PAP y en relación a los reactivos explorados muestra que la gran parte de las mujeres presenta una actitud favorable para realizarse el exámen si el médico lo solicita, consideran importante la prueba para poder detectar el cáncer a tiempo y recoger siempre los resultados, sin embargo presentaron una actitud desfavorable en cuanto al material que se utiliza para la prueba, no consideran necesario realizarse el exámen anualmente ni muestran disponibilidad sobre la lectura de sus resultados.

En la tercera etapa muestra la práctica global que tuvieron la mujeres en estudio identificando que la mayoría de MEF del pueblo joven dos de mayo no practican la prueba del PAP, con respecto a los reactivos explorados se encontró que una parte de la población entrevistada no se realizó la prueba del PAP en el año de estudio, y tampoco se practican el exámen anualmente, a diferencia de la mayoría de mujeres

encuestadas que si se practica la prueba del Papanicolaou y solicitan información sobre los resultados de la prueba realizada.

Finalmente se concluye que las mujeres en edad fértil del Pueblo joven 2 de mayo no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo presentan actitudes favorables y practicas negativas, situación que amerita profundizar el estudio para relacionar el conocimiento con las prácticas y actitudes

## 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** <sup>(8)</sup> en el año 2010, en la ciudad de Colombia, realizó un estudio donde el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervico-uterino: 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** <sup>(9)</sup> 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** <sup>(10)</sup> 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.** <sup>(11)</sup> 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 muestran 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** <sup>(12)</sup> 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** <sup>(13)</sup>. 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** <sup>(14)</sup>, 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** <sup>(15)</sup> 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**

<sup>(8)</sup>, informó que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba de citología cervico uterino, mientras que el 45% tienen una actitud favorable. Ya en el 2010, **Martínez y Vázquez** <sup>(16)</sup> 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.** <sup>(8)</sup> en el año 2009, reportó que el 96,35% de las mujeres muestran una actitud favorable y aceptan a la toma del 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** <sup>(12)</sup> 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.** <sup>(13)</sup> 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** <sup>(14)</sup> reporto 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** <sup>(18)</sup>, obtuvo como resultado: sobre el interés de realizarse la prueba del PAP, el 34,7% de mujeres están de acuerdo, un 32% totalmente de acuerdo, un 28% en desacuerdo y un 5,3% totalmente en desacuerdo. 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 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** <sup>(10)</sup> 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** <sup>(8)</sup>, observo que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. Por su parte, **Palma** <sup>(19)</sup> 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** <sup>(12)</sup> 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** <sup>(13)</sup> en el mismo año, en su estudio se concluyó que el 76,58% de las encuestadas tienen una práctica inadecuada. Solo el 23,42% mantienen una práctica adecuada. Dichos resultados tiene una semejanza a la investigación de **Guillermo, A** <sup>(14)</sup> 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 manifiestan que tienen un control anual para detectar el cáncer de cuello uterino.

## **2.2 Bases Teóricas.**

### **2.2.1 Bases teóricas del Conocimiento.**

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

nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. En este momento, señalan, Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento. <sup>(20)</sup>

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga 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 <sup>(21)</sup>

Según la literatura revisada 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 <sup>(22)</sup>

- Sirve de guía para la acción de las personas, en sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos <sup>(22)</sup>.
  
- Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficiente. <sup>(22)</sup>

## **Modelo Cooperativo Participativo**

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

Para que una situación lo sea de trabajo cooperativo hace falta que exista un objetivo común a través de cual el grupo se vea recompensado por sus esfuerzos. Un grupo cooperativo tiene un sentido de responsabilidad individual lo cual significa que todo el mundo es partícipe de tarea propia y de la de los demás, y se implica en ésta entendiendo que su trabajo es imprescindible para el éxito del grupo <sup>(23)</sup>.

**Johnson & Johnson (1994)** plantean una serie de elementos del trabajo cooperativo que lo hacen más productivo que los modelos comentados anteriormente:

## **Principios de una intervención educativa**

### ➤ **Interacciones cara a cara de apoyo mutuo.**

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

### ➤ **Responsabilidad personal individual.**

Cada persona es responsable de su trabajo y debe rendir cuentas al grupo del desarrollo de éste. Para ello es imprescindible que las aportaciones de cada individuo sean relevantes para lograr el objetivo final y que sean conocidas por todos/as.

### ➤ **Destrezas interpersonales y habilidades sociales**

Se trata de conseguir que las personas conozca y confíe en las otras personas, que se comunique de manera correcta y sin ambigüedades, que acepte el apoyo que se le ofrece y que, a su vez, ayude a los/as demás y resuelva los conflictos de forma constructiva.

Estas destrezas que son imprescindibles para lograr el éxito en el trabajo cooperativo no se adquieren por ciencia infusa sino que se enseñan, se premian, se corrigen y se aprenden.

### **Autoevaluación frecuente del funcionamiento del grupo.**

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

Johnson y 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 y sólo si los otros alumnos de su grupo alcanzan también. Este tipo de interdependencia positiva es esencial para el aprendizaje cooperativo <sup>(22)</sup>.

Por lo tanto, "cooperar" significa trabajar juntos para lograr objetivos compartidos y el "aprendizaje cooperativo" es el uso de la educación de grupos pequeños en los que los alumnos trabajan juntos para mejorar sus propios aprendizajes y los de los demás. Los aspectos más importantes de la cooperación están centrados en los objetivos, en los niveles de cooperación, en el esquema de interacción y en la evaluación de los resultados <sup>(21)</sup>.

Citan las reglas básicas de la cooperación:

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

Y resumen las características del trabajo cooperativo:

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

Con **Piaget** (1962) y **Vigotzkii** (1978) sobreviene la perspectiva evolutiva cognitiva, ya que para Piaget, cooperación es "el esfuerzo para alcanzar los objetivos comunes mientras se coordinan los propios sentimientos y puntos de vista de los demás". Por lo tanto, cuando las personas cooperan, surge el conflicto socio cognitivo que crea el desequilibrio cognitivo pertinente para lograr el desarrollo cognitivo <sup>(23)</sup>.

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

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

Según **Schöenfeld** (1987) una hipótesis básica subyacente de los trabajos en ciencia cognitiva es que las estructuras mentales y los procesos cognitivos son extremadamente ricos y complejos, pero que tales estructuras pueden ser comprendidas y que esta comprensión ayudará a conocer mejor los modos en los que el pensamiento y el aprendizaje tienen lugar <sup>(23)</sup>.

### **2.2.2. Bases teóricas de la actitud**

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. De acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo<sup>(8)</sup>.

A nivel conductual, una actitud se expresa cuando aceptamos de manera natural la realización de un examen de Papanicolaou, a nivel ideático, que es el pensamiento que en ese momento la paciente se dice a sí misma, señalando que es importante realizarse el examen y por último, la amabilidad como actitud se expresa también a nivel emocional, es decir, la paciente no solo piensa que el examen es indispensable, sino que también lo siente.<sup>(10)</sup>

➤ **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 (24, 25)

➤ **Teoría de la disonancia cognitiva:**

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

De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen. Una serie de factores determinan la

efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. <sup>(26)</sup>

➤ **Perspectiva de la actitud**

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. <sup>(31)</sup>

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biopsociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). <sup>(30)</sup>

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. 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. <sup>(30)</sup>

### **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. <sup>(32)</sup>

**Actitud Desinteresada.-** Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, Sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación. <sup>(32)</sup>

**Actitud Manipuladora.-** Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. <sup>(32)</sup>

**Actitud Interesada.-** Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo. <sup>(32)</sup>

**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. <sup>(32)</sup>

### **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. <sup>(27)</sup>

Las actitudes dependen, en gran medida, de las convicciones importantes o centrales que tiene una persona y, bajo determinadas condiciones, predicen sus conductas. De ahí que las actitudes de una persona tengan relación con sus valores y comportamientos.

En base a la teoría de **Fishbein y Ajzen** <sup>(27)</sup> la actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud. El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico.

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

### **La Autenticidad:**

Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior. La autenticidad nos da el gusto de ser lo que somos, nos proporciona el sereno placer de ser nosotros mismos. <sup>(27)</sup>

### **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 (Rojas, E. 1997). 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. <sup>(28)</sup>

### **La Autoestima:**

Es la disposición con la que enfrentamos y evaluamos nuestra propia identidad. Una autoestima positiva es la suma de la confianza y del respeto que sentimos por nosotros mismos. Cuanto más positiva sea nuestra autoestima más preparados estaremos para afrontar las

adversidades y resistir las frustraciones, más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro 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. La persona con una autoestima adecuada actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos, disfrutará con sus logros, tolerará frustraciones y será capaz de influir en otros; todo ello incidirá favorablemente en el proceso de su desarrollo personal. <sup>(27)</sup>

### **El cuidado del otro:**

La actitud moral de respeto a la persona que ha sido denominada compasión. El respeto auténtico a la vida, especialmente a la vida humana, se tiene cuando en cada persona se percibe la presencia de la humanidad entera. La responsabilidad mía por el otro es la responsabilidad de una persona única por otra persona única. Me vea o no, sea pariente o no, sea de mi país o no, tiene que ver conmigo, tengo que responder de ella. <sup>(27)</sup>

### **2.2.3. Bases teóricas de la práctica saludable:**

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

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cérvico uterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas 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. <sup>(10)</sup>

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1 Aspectos conceptuales pertinentes**

#### **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 CIN I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio. En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina. El CIN III no se diferencia mucho del anterior este está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anómalas; estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración <sup>(22, 23)</sup>

### **2.3.2 Prevención primaria y secundaria**

#### **Prevención Primaria**

Las principales medidas descritas para prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología,

sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por virus papiloma humano (VPH) <sup>(30)</sup>.

### **Educación a la población:**

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la aparición del cáncer cervicouterino y de sus factores, es una de las principales herramienta a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual 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 de Papanicolaou (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 insistentes, aumentan la adherencia al tamizaje <sup>(30)</sup>.

### **Inmunización contra el Virus Papiloma Humano**

La vacuna previene la infección de dos de los genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer. Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las

personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión preinvasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas <sup>(30)</sup>.

**Prevención Secundaria** incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad <sup>(25)</sup> mediante la realización del 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 <sup>(30)</sup>.

#### **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 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. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso <sup>(29)</sup>.

Así mismo:

- A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

- Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo) <sup>(29)</sup>.

### **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, tenidas relaciones sexuales o usado tampones, jabones, cremas vaginales, o medicamentos vía vaginal.

## **Procedimiento de la prueba**

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos <sup>(22)</sup>:

- Rotulación de la lámina: previo a la toma de la muestra, la laminilla de vidrio (portaobjetos) debe ser rotulada colocando cinta adhesiva con el nombre completo de la paciente, en la superficie inferior de la laminilla.
  
- 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 <sup>(22)</sup>.

## **Factores de riesgo asociados**

### **El virus de Papiloma Humano**

Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papilomavirus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras. La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. – Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir

neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe <sup>(23 31)</sup>.

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

### **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 <sup>(32)</sup>.

### **Sistema inmunológicos debilitados**

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana o HIV por sus siglas en inglés), es el virus que causa SIDA y no es lo mismo que el VPH. Las mujeres infectadas con VIH tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino. La infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH y los tumores cancerosos en sus primeras etapas. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune o aquellas que se han sometido a un trasplante de órgano (32).

### **Infección con clamidia**

Esta infección es causada por un tipo de bacteria que puede infectar los órganos sexuales femeninos. Su contagio es mediante las relaciones sexuales. Puede que una mujer no sepa que esté infectada a menos que se le practique un examen de clamidia cuando se le haga su examen pélvico. Algunos estudios sugieren que las mujeres que se hayan infectado en el pasado o que actualmente estén infectadas, están a un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Además, la infección a largo plazo puede causar otros problemas graves (32).

### **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. Hable con su médico sobre las ventajas y las desventajas de las píldoras anticonceptivas en su caso <sup>(32)</sup>.

### **Inicio temprano de las relaciones sexuales**

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años <sup>(29)</sup>.

### **Números de parejas sexuales**

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la

precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos <sup>(29)</sup>.

### **Embarazos múltiples**

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. 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 <sup>(29)</sup>.

### **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 <sup>(10)</sup>.

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

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 (IVPH por sus siglas) adquirido desde muy temprana edad. La Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH), las lesiones premalignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como el Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente. Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de comezón, manchas anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento; o fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico <sup>(10)</sup>.

#### 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 anatomopatólogo. Para el diagnóstico se realiza:

- **Colposcopia:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente <sup>(25)</sup>.
- **Biopsia exocervical y/o endocervical:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico <sup>(30)</sup>.
- **Legrado endocervical:** Debe realizarse cuando la colposcopia es insatisfactoria, cuando la lesión se extiende hacia el canal endocervical, cuando no existe una lesión identificable que explique la citología alterada o cuando la alteración citológica es una atipia glandular <sup>(30)</sup>.
- **Conización Cervical:** En los casos que se sospeche una microinvasión o disociación colpo-citohistológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o

negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas <sup>(30)</sup>.

### 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. <sup>(8)</sup>

**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 <sup>(10)</sup>

### **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 encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y autorespeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervicouterino a través de los servicios de tamizaje. 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 <sup>(29)</sup>.

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

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

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 sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí (21).

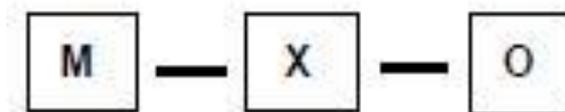
### III. Metodología:

Estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, porque no se manipularon las variables de estudio. Las variables serán medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad. <sup>(28)</sup>

#### 3.1. Diseño de la investigación

Simple de una casilla de cohorte transversal. <sup>(28)</sup>

**Esquema:**



**M:** Mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo.

**X:** Conocimiento, actitud y Prácticas.

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

### **3.2. Población y Muestra.**

La población está constituido por el total de mujeres en edad fértil (1 890 MEF) en edades de 15 a 49 años, que radican en el ámbito geográfico del P.P.J.J. Dos de Mayo, distrito de Chimbote, y la muestra fue seleccionada según el muestreo no probabilístico, constituida por 150 mujeres en edad fértil, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres en edad fértil residente por lo menos un año en el P.P.J.J. Dos de Mayo
- Mujeres que se encuentren entre los 15 a 49 años de edad al momento del estudio.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que hayan aceptado participar del estudio.

- **Criterios de exclusión:**

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que rechacen participar en el estudio.
- Mujeres que hayan participado en programas educativos de prevención de cáncer

- Mujeres con capacidades diferentes.
- Mujeres con morbilidad mental.
- Mujeres que padezcan de cáncer de cérvix

- **Definición de matriz de operacionalización de variables**

- Ver matriz de operacionalización de Variable

**Cuadro 01**

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

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

**Cuadro 02**

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

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>SUB-INDICADORES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<b>Actitud</b>	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"> <li>Solicitud de la prueba.</li> </ul>	Cuantitativo	Nominal	Favorable Desfavorable
		Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de la prueba en un momento determinado.</li> <li>Importancia de hacerse la prueba rutinariamente.</li> </ul>	Cuantitativo	Nominal	Favorable Desfavorable
		Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interés por recoger el resultado.</li> <li>Interés por el conocimiento detallado de los resultados.</li> </ul>	Cuantitativo	Nominal	Favorable Desfavorable

**Cuadro 03**

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

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>SUB-INDICADORES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<b>Prácticas</b>	Conjunto de hábitos o formas de actuar de la mujer en relación a la toma de la prueba del Papanicolaou.	Toma del Papanicolaou.	Realización del Papanicolaou.	Cuantitativo	Nominal	Acceptable No aceptable
		Realización del Papanicolaou en el momento idóneo.	Realización de la prueba en un momento determinado. Razones de la prueba.	Cuantitativo	Nominal	Acceptable No aceptable
		Verificación de resultados.	Recojo de los resultados. Explicación especializada de los resultados.	Cuantitativo	Nominal	Acceptable No aceptable

### **3.3. Técnicas e instrumentos de medición**

#### **3.3.1. Técnica**

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizará 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 utilizará el cuestionario de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou ( anexo 3) el mismo 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 aplicara el Test de escala tipo Likert denominado Test de actitudes frente a la toma del Papanicolaou conformada por 8 preguntas con respuestas según las siguientes escalas, De acuerdo (A) con un puntaje de 5; Parcialmente de acuerdo (PA) con un puntaje de 4, Indiferente (I) , con un puntaje de 3, Parcialmente en desacuerdo (PD) ,con puntaje de 2; En desacuerdo (D)con puntaje de 1.

Para identificar las prácticas que realizan en relación a la prueba del Papanicolaou se aplicará el Test de prácticas de la prueba del Papanicolaou, que consta de 7 preguntas con respuestas dicotómicas donde un SI, vale 1 y un NO vale 0, las respuesta multivariadas, donde la respuesta correcta vale 1

y la respuesta incorrecta vale 0; y finalmente un cuestionario que identifica 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 utilizará 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, coordinación con los informantes claves de la zona en investigación, luego se realizó la encuesta casa por casa, previa a la encuesta se informó y se solicitó el consentimiento de cada participante el formulario con los cuestionarios y la escala, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente. Para poder iniciar la encuesta se hizo llegar con anticipación un formulario con: información a la participante y solicitud de consentimiento para participación en el estudio. Una vez obtenida la autorización, se explicó a las participantes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria en ella y se solicitó previamente su consentimiento (Anexo 03). 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.

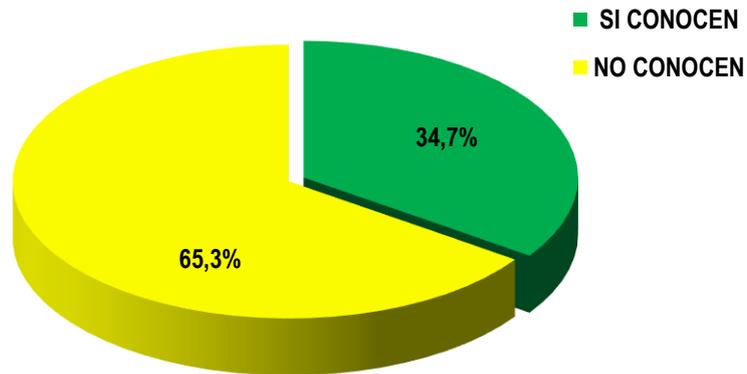
### **3.3.4 Plan de análisis**

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 se transfirieron 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 06

Figura 01: Gráfico circular de Conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo”- Chimbote, 2014.

Figura 01: El gráfico circular hace evidencia el conocimiento global en las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” donde se muestra preocupantes toda vez que el 65, 3% de mujeres no conoce los 6 reactivos explorados, mientras que el 34,7% de las mujeres tienen el conocimiento sobre los reactivos aplicados.

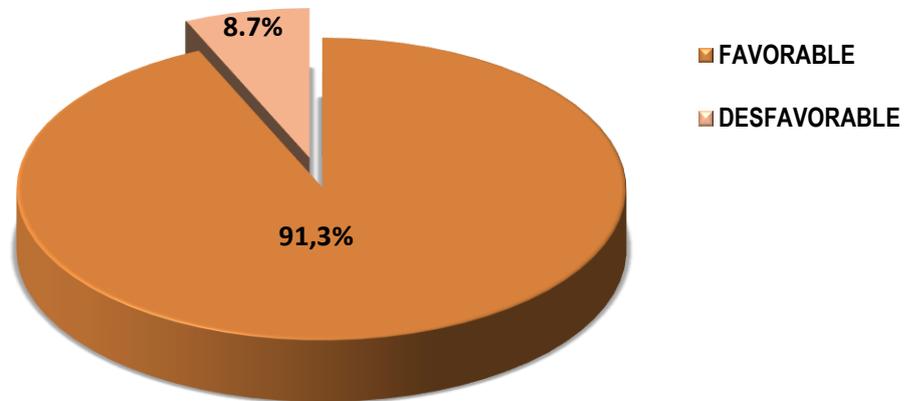
**Tabla 01**

*Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” - Chimbote, 2014*

Reactivos	Conoce		No conoce	
	N	%	N	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	111	74,0	39	26,0
2. Lugar de la toma de muestra	73	48,7	77	51,3
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	94	62,7	56	37,3
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	70	46,7	80	53,3
5. Casos en que no se toma la muestra	103	68,7	47	31,3
6. Frecuencia de la toma de muestra	105	70,0	45	30,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del Pueblo Joven Dos de Mayo durante los meses de Junio – Julio, 2014.

**La tabla 01** hace evidente que la mayoría de mujeres entrevistadas presentan un desconocimiento significativo al no prestarle importancia a la prueba de Papanicolaou. El 51,3% no sabe que la muestra se toma del cuello uterino, mientras que el 57,3% desconocen que la prueba del PAP sirve para descartar cáncer de cuello uterino. Sin embargo el 74% conoce que la toma del PAP es un examen del cuello del útero, el 70% sabe que es un examen que se debe realizar anualmente, y el 68,7% conoce en qué condiciones se puede realizar la prueba.



Fuente: Tabla 07

***Figura 02: Gráfico circular de actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven "Dos de mayo" - Chimbote, 2014***

Figura 02: El gráfico circular muestra la actitud global que presentan las mujeres en edad fértil del pueblo joven "Dos de mayo" donde se hace evidente la actitud favorable que tienen toda vez que el 93,3% de mujeres se encuentran dispuestas a realizarse la toma para la prueba del PAP. Mientras que el 8,7% de las mujeres muestra una actitud desfavorable para realizarse la toma de la prueba del PAP.

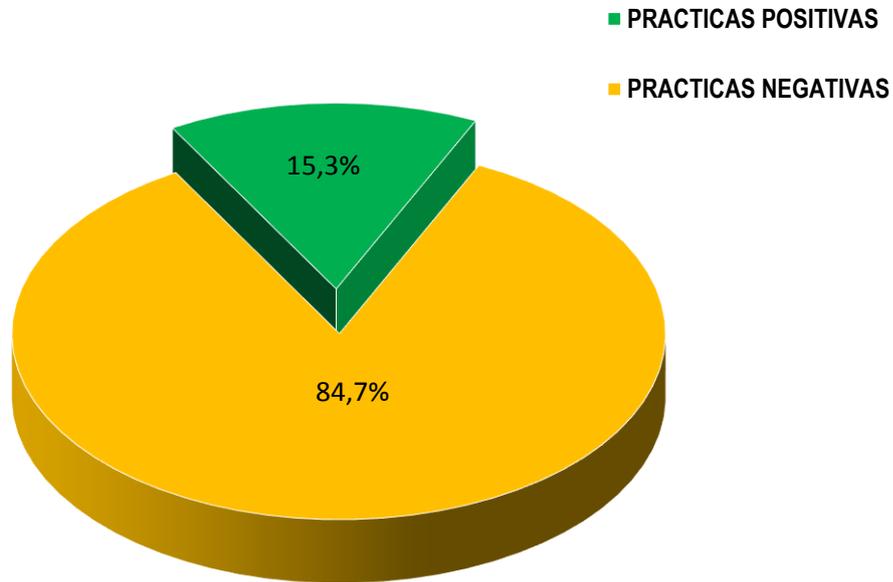
**Tabla 02**

*Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de mayo - Chimbote- 2014*

REACTIVOS	DESFAVORABLE		FAVORABLE	
	N	%	N	%
1. Disponibilidad para la realización de Toma de PAP	26	17,3	124	82,7
2. Examen debe hacerse si el medico lo solicita	14	9,3	136	90,7
3. El material que se utiliza no es un obstáculo	59	39,4	91	60,6
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años	37	24,7	113	75,3
5. Importancia de la prueba para detectar cáncer a tiempo	19	12,6	131	87,4
6. Siempre solicita los resultados de la prueba	19	12,7	131	87,3
7. Importancia de la explicación de los resultados	22	14,7	128	85,3
8. Disponibilidad sobre la lectura de los resultados	37	24,7	113	75,3

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, del pueblo joven Dos de Mayo durante los meses junio -julio 2014.

La tabla 02 muestra la actitud favorable que tuvieron las mujeres entrevistadas, donde se evidencio que el 90,7% está de acuerdo en realizarse el examen cuando el médico lo solicite, a diferencia del 87,4% que reconoce sobre la importancia que tienen la prueba para detectar cáncer de cuello uterino a tiempo, mientras que el 87,3% considera necesario siempre solicitar los resultados de la prueba, sin embargo el 39,4% se mostró indiferente ante la presencia del material a utilizar para la toma del PAP, 24,7% no considera necesario realizarse el examen todos los años y no muestra disponibilidad para la lectura de los resultados de la prueba realizada.



**Fuente: Tabla 08**

*Figura 03: Grafico circular de Practica frente a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” - Chimbote, 2014*

Figura 03: El gráfico circular muestra la práctica negativa que tienen las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” frente a la toma de la prueba del PAP, obteniendo que el 84,7% de las mujeres encuestadas no se practican la prueba del Papanicolaou a diferencia del 15,3% que si la práctica cumpliendo los 6 reactivos explorados.

**Tabla 03**

*Practica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres de edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” – Chimbote, 2014*

Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
▪ Practica la prueba del Papanicolaou	120	80,0	30	20,0
▪ Se practicó la prueba en el año en estudio	49	32,7	101	67,3
▪ Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	56	37,3	94	62,7
▪ Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	73	48,7	77	51,3
▪ Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	116	77,3	34	22,7
▪ Solicita información sobre el resultados de la prueba	119	79,3	31	20,7

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Dos de Mayo, en el mes de Junio – Julio, 2014.

**La tabla 03** hace evidente que de las mujeres encuestadas el 67,3% no se realizaron la prueba del PAP en el año de estudio, seguido del 62,7% que no se practica el examen anualmente y el 51,3% no desea hacerse la prueba por iniciativa propio, sin embargo se obtuvo un porcentaje significativo mostrando que el 80% si se realiza la prueba en estudio, también se evidenció que el 79,3% muestra interés para solicitar la información obtenida en los resultados de la prueba ejecutada, y el 77,3% si reclaman los resultados después de haberse realizado la toma de la muestra del papanicolaou

**Tabla 04**

*Características sociodemográficas en las mujeres de edad fértil del pueblo joven  
“Dos de mayo” – Chimbote, 2014*

<b>Edad (años)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
De 14 a 19	20	13,3
De 20 a 24	22	14,7
De 25 a 29	27	18,0
De 30 a más	81	54,0
Total	150	100,0

<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Soltera	48	32,0
Casada	51	34,0
Conviviente	44	29,3
Viuda	3	2,0
Divorciada	4	2,7
Total	150	100,0

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No estudia	0	0,0
Primaria	5	3,3
Secundaria	68	45,3
Técnica	51	34,0
Superior	26	17,3
Total	150	100,0

**Continúa...**

**Tabla 04**

*Características sociodemográficas en las mujeres de edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” – Chimbote, 2014*

		<b>Conclusión</b>
<b>Ocupación actual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ama de casa	49	32,7
Empleada –obrero	30	20,0
Empleada- profesional	19	12,7
Trabajador independiente	34	22,7
Agricultora	6	4,0
Estudiante	12	8,0
Total	150	100,0
<b>Religión que profesa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católica	91	60,7
Protestante (evangélica)	24	16,0
Otra	23	15,3
Ninguna	12	8,0
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Dos de Mayo, en el mes de Junio – Julio, 2014.

**La tabla 04** hace evidente las características sociodemográficas en las mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos Mayo, observando que la edad de las encuestadas son 54,0% mayores de 30 años seguido del 18,0% que se encuentran entre 25 a 29 años, un 14,7 % de 20 a 24 años y un 13,3% de 14 a 19 años .El 34,0 % son casadas, 32,0 % son solteras y un 29,3 % son convivientes .Así mismo se evidencia que el 3,3% estudiaron la primaria, 46,3% estudiaron secundaria, 34,0% estudio nivel técnico y sólo el 17,3 % estudio nivel superior. Con respecto a la ocupación, el 32,7 % son ama de casa, el 12,7 % se dedican a un empleo- profesional y el 22,7 % son empleadas-independientes .La religión que profesa la mayoría es católica con un 60,7 %, seguido de la evangélica con un 16,0 %.

**Tabla 05**

*Características sexuales reproductivas de las mujeres del pueblo joven “Dos de mayo” de la provincia del santa del distrito de Chimbote, 2014.*

<b>Tuvo relaciones sexuales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	150	100,0
No	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
14 a 19	133	75,3
20 a 24	15	23,3
25 a 29	1	0,7
30 a más	1	0,7
No tuvo relaciones sexuales	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Número de partos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ningún parto	37	24,7
Primípara	30	20,0
Multípara	78	52,0
Gran multípara	5	3,3
Total	150	100,0
<b>Número de abortos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	108	72,0
1 a 2	42	28,0
3 a 4	0	0,0
5 a más	0	0,0
Total	150	100,0
<b>Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Frecuentemente	44	29,3
Ocasionalmente	62	41,4
Por ahora no tengo	42	28,0
No he tenido relaciones sexuales	2	1,3
Total	150	100,0

**Continúa...**

**Tabla 05**

*Características sexuales reproductivas de las mujeres del pueblo joven “Dos de mayo” de la provincia del santa del distrito de Chimbote, 2014.*

		<b>Conclusión</b>
<b>Número de compañeros sexuales durante toda su vida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	0	0,0
1 a 2	113	75,3
3 a 4	34	22,7
5 a más	3	2,0
Total	150	100,0
<b>Método anticonceptivo que utiliza</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Píldora combinada	11	7,3
Inyectable combinado	17	11,3
Inyectable de progestágeno	2	1,3
DIU (T Cu)	4	2,7
Preservativo	58	38,7
Ritmo/regla	23	15,3
Ninguno	35	23,3
Total	150	100,0
<b>Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	142	94,7
No	8	5,3
Total	150	100,0
<b>Recibió tratamiento por dicha infección</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	142	94,7
No	8	5,3
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Dos de Mayo, en el mes de Junio – Julio, 2014.

**La tabla 05** hace evidente que la mayoría de las mujeres encuestadas iniciaron la actividad sexual de entre 14 a 19 años con un 76,3% y un 23,3% lo hicieron a los 20-24 años. Del mismo modo la frecuencia de las relaciones sexuales lo realiza ocasionalmente un 41,4% y frecuentemente encontramos en un 29,3%. Además evidencia un porcentaje importante donde refiere que el 75,3% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales y un 22,7 % tuvo 3 a 4 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 52% son multíparas y el 20% son primíparas y 24,7% no han tenido ningún parto. Mientras el 72% no sufrió ningún aborto, y un 28% alguna vez tuvo 1 a 2 abortos. Con respecto a los métodos anticonceptivos se evidencio que el 38,7% de las mujeres prefiere utilizar preservativo, del mismo modo en un 23,3% prefiere no utilizar ningún método anticonceptivo.

El 94,7% presento alguna ITS a comparación al 5,3% que no la sufrió, así mismo el 94,7% recibió algún tratamiento mientras que un 5,3% no recibieron tratamiento ya que no tenían la enfermedad.

#### **4.2. Análisis de resultados**

Si bien es cierto que el conocimiento parte de la observación y codificación de los objetos y situaciones experimentadas por la persona, para Vigotzkii el conocimiento es social y se construye a partir de esfuerzos cooperativos por aprender, entender y resolver problemas sin embargo para **Huamán** <sup>(7)</sup>, explica que el conocimiento es personal, en el sentido que se origina y reside

en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal. Este aprendizaje tiene lugar en la formación mental de la persona, desde el nacimiento hasta la madurez, situación que en plano empírico muestra resultados preocupantes, como lo observado donde la mayoría el 65, 3% del colectivo mujeres no tiene un conocimiento global sobre las medidas de prevención del cáncer cervicouterino, toda vez que no respondieron adecuadamente los 6 reactivos explorados, y solo el 34,7% mostro conocimiento. Resultados similares reportado por **Cogollo** <sup>(8)</sup> en Cartagena (Colombia) en el año 2010, un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervicouterino.

Se infiere que estas similitudes estarían marcadas por el nivel de estudios de ambas muestras, dado que las mujeres en ambos estudios son mujeres que enfrentan barreras de accesibilidad así mismo las condiciones y características socio culturales, presentes en ambos grupos de estudio, la presencia del machismo es fundamental en las decisiones de la mujer que lejos de ayudar al cuidado de su salud, las conlleva a postergarse como mujeres, convirtiéndose en una barrera cultural que impide la posibilidad de desarrollo integral de las mujeres.

Al analizar los reactivos al interior del conocimiento se puede evidenciar, 53,3% conocen la importancia de la toma de la prueba del Papanicolaou, y el 51 ,3% desconoce que la prueba se extrae del cuello del útero. Resultados

diferentes al estudio realizado por **Figueroa** <sup>(9)</sup> (2010) reporto el 83.3% de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente acerca del examen de citología vaginal; solo el 16.7% manifestaron no saber o asociarlo a otro tipo de examen. Sin embargo se asemeja al estudio de **Ruoti** <sup>(10)</sup> (2008) refleja que el 66.3% de las mujeres encuestadas tienen un alto porcentaje de desconocimiento sobre el PAP y dieron respuestas imprecisas y erróneas resaltando la falta de conocimiento como un factor para no realizarse la prueba. Se puede inferir que en países en vías de desarrollo, aun los servicios de salud muestran debilidades en el campo preventivo promocional, y si los programas de tamizaje o las campañas de prevención se implementan y están bien dirigidas, así como el mejoramiento en la educación pueden ser una buena medida para subir el nivel de conocimiento de las mujeres, de esta manera se incremente la accesibilidad a la toma de PAP , y se logre la disminución de los índices de morbilidad del cáncer cérvico-uterino.

Según la teoría del aprendizaje, las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos, El gráfico N° 02 hace evidente que la mayoría de las mujeres del pueblo joven Dos de Mayo tiene una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou siendo en un porcentaje de un 93, 3%, El colectivo estudiado reconoce que deben practicarse este exámen anualmente por las complicaciones que puede ocasionar en su salud si no es detectado a tiempo, y tan solo el 8,7% no muestra una buena actitud, Resultados semejantes al

estudio de **Martínez y Vázquez** <sup>(11)</sup> (2010) reportó que el 91.4% del colectivo presenta una actitud positiva frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% actitud indiferente. Del mismo modo en el estudio de **Huamani C et al** (2010) <sup>(12)</sup> se evidenció que 81,3% tienden a mostrar actitudes positivas, mientras que el 18,7% tiene una actitud negativa la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, conducta inadecuada frente al PAP. Así mismo **Seminario, P et al** <sup>(13)</sup> 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. **Carrasco, J y Valera, L.** <sup>(14)</sup>, en un estudio realizado en el año 2010, encontró que el 21,62% de las mujeres estudiadas se muestran indiferentes,

Prácticas saludables son toda conducta asumida como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Figueroa plantea que las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida, La tabla N° 03 dejó evidente que el 84.7% de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo no practicó la toma del PAP en el año de estudio por temor o miedo a no haberse realizado antes, desconocían si esta prueba les causaría dolor o si el personal de salud tendría buena actitud durante la atención, a diferencia del 16,3 que si practicó la prueba del PAP. **Guillermo, A** <sup>(15)</sup> 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 Comparable con el

estudio de **Cogollo** <sup>(8)</sup>, donde se observó que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. Es necesario al abordar el tema de cáncer de cuello uterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos educativos específicos se deben orientar a la modificación de prácticas negativas a la incrementación de adoptar conductas y hábitos positivos y a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

Finalmente las participantes del estudio corresponden a un grupo de mujeres en edad fértil cabe señalar que el 54,0% de ellas son mayores de 30 años, la mayoría son convivientes, 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

- Las mujeres en estudio en su mayoría no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, muestran actitudes favorables y contrariamente prácticas negativas, haciendo evidente que de los 6 reactivos explorados la mayoría de mujeres entrevistadas presentaron un desconocimiento significativo al no saber que la muestra para la toma del Papanicolaou se realiza del cuello uterino. Sin embargo se muestra una brecha de mayor importancia, demostrando que el 70% sabe que es un exámen que se debe realizar anualmente, y conocen cuales son las condiciones para poder realizarse la prueba.
  
- El estudio demostró que las mujeres encuestadas tuvieron una actitud favorable donde se dejó evidente que la mayoría de ellas está de acuerdo en realizarse el exámen cuando el médico lo solicite, A diferencia del 87,3% que considera necesario solicitar los resultados de la prueba, a diferencia de un 24,7% que no considera necesario realizarse el exámen todos los años.

- Se dejó evidente que más de la mitad de las mujeres encuestadas mostraron unas prácticas negativas para el exámen de Papanicolaou dejando demostrado que en el año de estudio la mayoría de las mujeres entrevistadas no se realizaron el exámen, sin embargo se obtuvo un porcentaje significativo mostrando que algunas mujeres si se realizaron este exámen en el periodo de encuestas, Se demostró que el 79,3% presenta mayor interés para solicitar la información obtenida en los resultados, logrando que un 77,3% si reclaman los resultados después de haberse realizado la toma del Papanicolaou.
- En las características sociodemográficas se observó que la mayoría de las mujeres encuestadas tienen una edad de 30 años (50%) a diferencia de una minoría que tienen entre 14 a 19 años (13,3%). Se dejó evidente que el 34,0 % de las entrevistadas son casadas, a diferencia de un 29,3 % que son convivientes, así mismo se demostró que el 46,3% solo estudiaron secundaria, y sólo el 17,3 % estudio nivel superior. Con respecto a la ocupación, el 32,7 % son ama de casa, y el 22,7 % son empleadas-independientes .La religión que profesa la mayoría de las mujeres es católica (60,7 %), seguido de una religión evangélica con un 16,0 %.

## VI. Aspectos complementarios

**Tabla 06**

**Conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo”- Chimbote, 2014**

Conoce	N	%
Si	52	34,7
No	98	65,3
Total	150	100,0

**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del Pueblo Joven Dos de Mayo durante los meses de Junio – Julio, 2014.

**Tabla 07**

**Actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” - Chimbote, 2014**

<b>Actitud</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Favorable	140	93,3
Desfavorable	10	6,7
Total	150	100,0

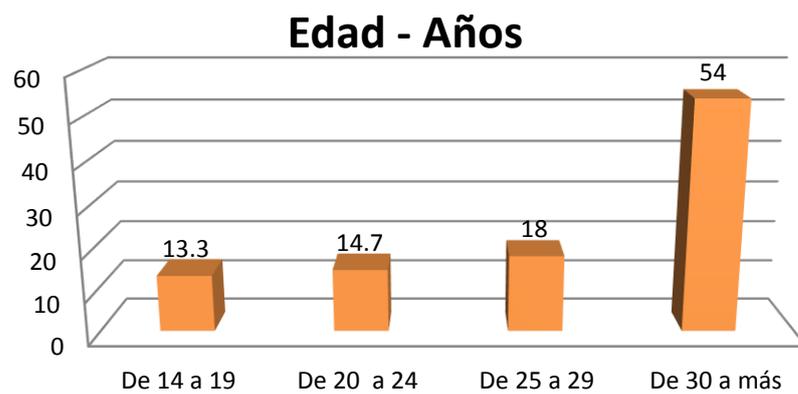
**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del Pueblo Joven Dos de Mayo durante los meses de Junio – Julio, 2014.

**Tabla 08**

**Practica frente a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven “Dos de mayo” - Chimbote, 2014**

<b>Práctica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	23	15,3
No	127	84,7
Total	150	100,0

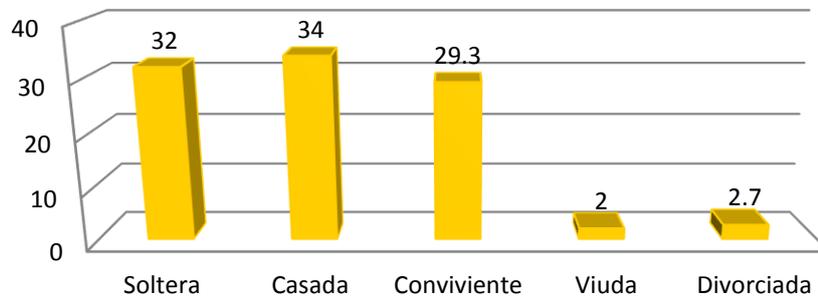
**Fuente:** Encuestas aplicadas a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) del Pueblo Joven Dos de Mayo durante los meses de Junio – Julio, 2014.



Fuente: Tabla 07

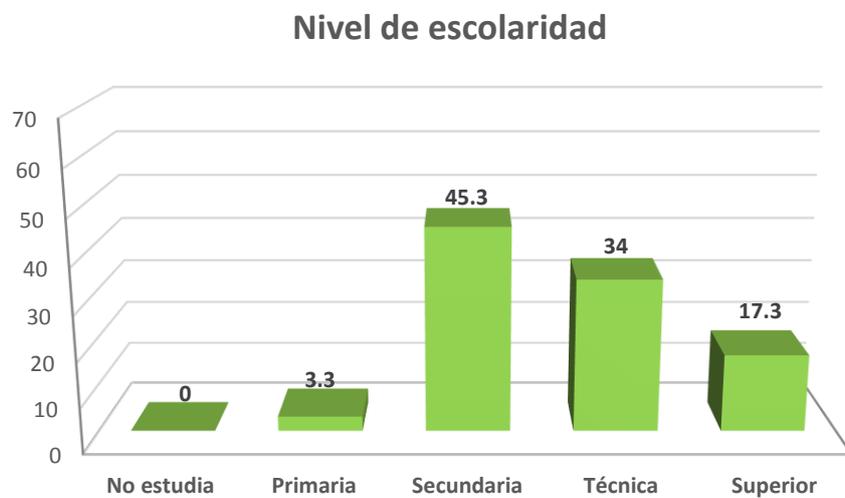
**Figura 04: Gráfico de barras de las Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo - distrito Chimbote, 2014.**

### Estado civil



Fuente: tabla 07

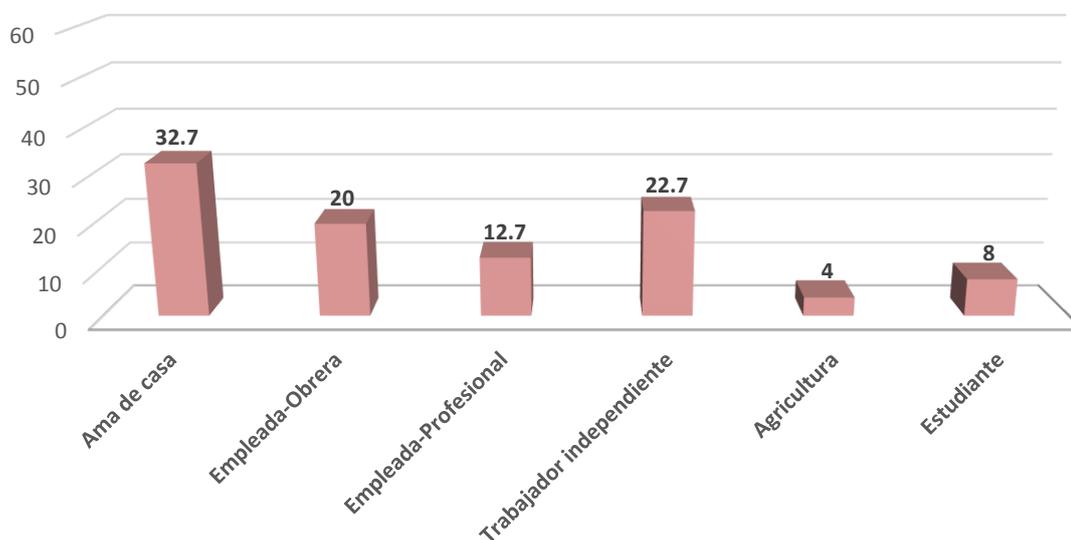
**Figura 05: Gráfico de barras de las Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo - distrito Chimbote, 2014.**



Fuente: tabla 07

**Figura 06: Gráfico de barras de las Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo - distrito Chimbote, 2014.**

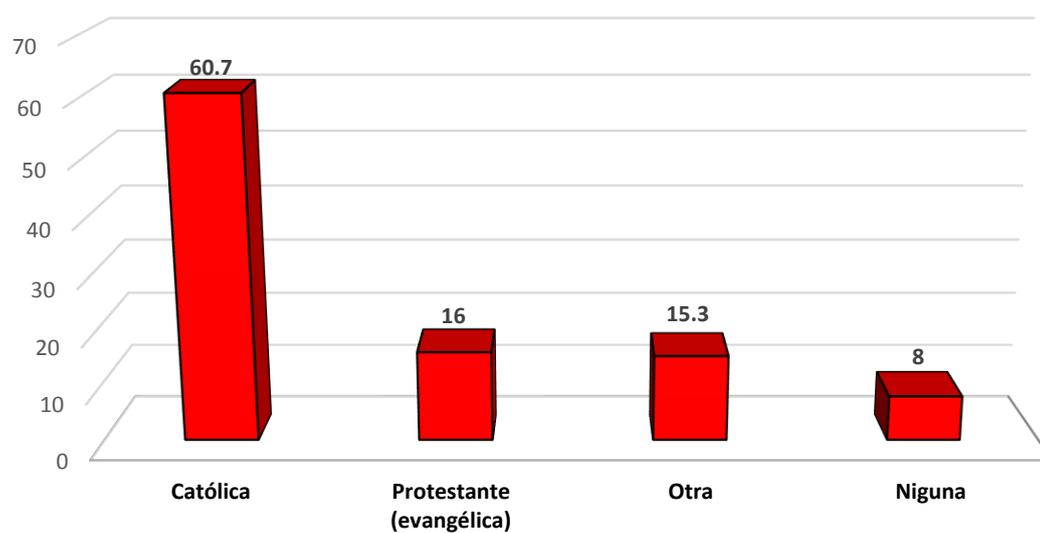
### Ocupación actual



Fuente: 07

**Figura 07: Gráfico de barras de las Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo - distrito Chimbote, 2014.**

## Religión



Fuente: N° 07

**Figura 08: Gráfico de barras de las Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo - distrito Chimbote, 2014.**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

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

**TÍTULO: “conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven Dos de mayo - chimbote 2014”**

<b>METODOLOGÍA</b>			
<b>TIPO, NIVEL Y DISEÑO</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>	<b>PLAN DE ANÁLISIS</b>
<p><b><u>Tipo:</u></b> Descriptivo</p> <p><b><u>Nivel:</u></b> Cuantitativo</p> <p><b><u>Diseño:</u></b> Simple de una sola casilla de corte transversal.</p>	<p><b><u>Población:</u></b> El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por el PP.JJ Dos de Mayo del distrito de Chimbote, la población está constituida por 1890 mujeres en edad fértil en edades de 15 – 49 años, que radican en dicha comunidad.</p> <p><b><u>Muestra:</u></b> La muestra no probabilístico, por conveniencia, selecciona al azar simple 150 MEF de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.</p>	<p><b><u>Técnicas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta</li> </ul> <p><b><u>Instrumentos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario.</li> </ul>	<p>Para el análisis de los resultados se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizará utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0.</p> <p>Asimismo, se utilizará estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizará tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

## VII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bosch FX, Lorinz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. s.l.: J Clin Pathol, 2002. 55(4): 244-65
2. OMS , (pagina en internet), Estados Unidos, Organización Mundial de la Salud, 2009, (actualizado el 20 de noviembre 2009; citado el 16 de noviembre del 2013); Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
3. GEOSALUD; (página en internet), Perú; Epidemiología del carcinoma del cuello uterino; 2013; (actualizado el 23 de octubre; citado el 16 de noviembre del 2013); disponible en: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/epicancercervical.htm>
4. OMS , (pagina en internet), Estados Unidos, Organización Mundial de la Salud, 2013, (actualizado el 21 de febrero 2013; citado el 16 de noviembre del 2013); Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

5. Cáncer de cuello Uterino. [monografía en internet]. Disponible en [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2011/250420\\_11\\_CANCER\\_CUELLO\\_UTERINO\\_19\\_04\\_11.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/250420_11_CANCER_CUELLO_UTERINO_19_04_11.pdf)
  
6. Oficina general de Epidemiología. (2001). La Priorización del Cáncer en el Perú. Disponible en. [http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_herramientas/tools08.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_herramientas/tools08.pdf)
  
7. Anónimo, Cáncer de cuello Uterino. [monografía en internet]. Disponible en <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/232/2/tesis.pdf>
  
8. Cogollo, Zuleima et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2010. 26(2): 223-231. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)
  
9. Tenorio Morales, I. Conocimiento, actitudes, practicas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de

salud Roger Osorio, Municipio de Managua. Diciembre 2010. Disponible en:

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

10. Figueroa Solano, N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>
  
- 11 Beltrán, M. Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital regional Docente de Trujillo – 2009. Tesis para optar el bachiller en medicina. Trujillo – Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2009. Disponible en: [http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/BeltranRomero\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/BeltranRomero_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
12. Seminario-Pintado, Chero-Farro, Colorado-Julca, Gómez-Palacios, Lamas-Ramírez, Parraguez-Mendoza, Villalobos-Aguinaga, León-Jiménez. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo. Revista de Salud Pública de Perú. 2010.

4(2): 95 – 96. Disponible en:  
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060441.pdf>.

13. Carrasco, J. Valera, L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales, Julio – Diciembre 2011. Tesis para optar el título de obstetricia. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín. 2011. Disponible en:[http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyecto/archivo\\_47\\_Binder2.pdf](http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_47_Binder2.pdf)
14. Guillermo, A. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres del Hospital en Chacas. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud. 2013; 1(2): 485 – 494. Disponible en:<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/378/259>
15. Jaén M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada [tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud] Panamá: Universidad De Panamá; 2009.
16. Martínez M, Vázquez Sh. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz. [Tesis para optar licenciatura en enfermería] México: Universidad Veracruzana; 2010.

17. Castro M, Morfin R, Sixto E, Roca J, Sánchez E, Michelle A. Nivel de conocimiento sobre el Cáncer Cervical y el Papanicolaou en relación al temor, estrés o vergüenza al tamizaje. Revista Peruana Gineco-Obstetricia 2005; 51(2): 94-99. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51\\_n2/pdf/A06V51N2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51_n2/pdf/A06V51N2.pdf)
18. Tenorio Morales, I. Conocimiento, actitudes, practicas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, Municipio de Managua. Diciembre 2010. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t629/doc-contenido.pdf>
19. Palma Flores, J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores. Lima; 2011, 48 – 57. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/palma\\_fj/palma\\_fj.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2011/palma_fj/palma_fj.pdf)
20. Flores Urbáez, 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]; Vol. 26 (2): 22 Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>

21. Resumen sobre cáncer de cuello uterino .American Cancer Society.2009 .4-7.  
Disponible en: [www.cancer.org](http://www.cancer.org)
22. Flores P. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino 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.
23. Varela S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2005; 73:1311
24. Johnson D. Johnson R. Holubec E. La interdependencia Positiva “en el aprendizaje cooperativo del aula”. [Serie en internet]. Buenos Aires: c 2006.  
Disponible en:  
<http://www.slideshare.net/guestd6f218/johnson-cap-7-la-interdependencia-positiva>
25. Fernando J. Lage & Cataldi Z. Modelo cooperativo –colaborativo para capacitación de recursos humanos a través de intranet/ extranet. [Serie en internet]. Buenos Aires: Laboratorio de Informática Educativa - I+D: Departamento de Computación; c2013 [Actualizado 30 de Abril]. [Citado 30 de Abril 2013]. Disponible en:  
<http://www.uib.es/depart/gte/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>

26. Festinger L. Disonancia cognitiva. [Serie en internet]. Infoamérica; [Actualizado 24 de Junio]. [Citado 24 de Junio]. Disponible en:  
<http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/371.302%2081-L333r/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>
27. Ver Sastre, G; Moreno, M. y Timón, M. Educación y Razonamiento Moral c1998. Educar, 22- 23. Disponible en:  
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloParteI.pdf;jsessionid=4629D7562E72A51B89C4AE639B9FD6C9.tdx1?sequence>
28. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed.México: Limusa S.A. 2004
29. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsal, 2ª Edición. 2010.
30. Nelson F. Patología Humana .8ª edición. Chile. Editorial Elsevier. España. 2008
31. Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible en: Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización

Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>

32. Tejeda D, Serrano V, Gómez P, Nieto F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología (Barc.)* vol. 30, 2007.

Disponible:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037848352007000200002&lngs&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037848352007000200002&lngs&nrm=iso). ISSN 0378-4835

33. Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. *Revista de Salud Pública* 1997; 71: 335-311

34. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ed. México D.F. McGraw-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2010.

35. Huamán C. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. *Revista de Salud Pública* Trujillo; 2008, 35 -42. Disponible en:

<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a04v2n2.pdf>

36. Ruoti de García de Zúñiga M, Arrom de Fresco CH , Ruoti Cosp M , Orué E .  
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en  
mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento  
de Alto Paraná, Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2008; (4): 48-  
58. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v6n2/v6n2a08.pdf>
37. Huamaní C, Hurtado A, Guardia M, Roca J. Conocimientos y actitudes sobre  
la toma del Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Revista de salud  
pública de Perú. Enero-marzo 2008; 25(1): 1-7. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311619007>

# ANEXOS



**ANEXO 01**

<b>N° DE ENCUESTA</b>

**ENCUESTA ANÓNIMA PARA EL ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS HACIA EL PAP EN MUJERES DE 15 A 50 AÑOS**

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

<b>DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)</b>

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

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

**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 en edad fértil del pueblo joven Dos de Mayo, del Distrito de Chimbote 2014”. Solicito tu colaboración, para que me ayudes a profundizar en el conocimiento prácticas y actitudes relacionadas con ellas, así como los problemas a los que se enfrentan. Este cuestionario es anónimo. Muchas gracias por tu colaboración.

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

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

## CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

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

## CONOCIMIENTO

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

<b>8)La citología vaginal o prueba de Papanicolaou es un:</b> 1. Examen de sangre 2. Examen del cuello del útero 3. Examen radiológico 4. Examen medico 5. No se
<b>9)La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou se toma en:</b> 1. Cuello del útero 2. Vagina 3. Ovarios 4. No se
<b>10)La citología vaginal o prueba del Papanicolaou sirve para:</b> 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
<b>11)Realizarse citología vaginal o prueba del Papanicolaou es importante porque:</b> 1. Saber si hay una infección vaginal 2. Sirve para curar las inflamaciones 3. Diagnostica infecciones de transmisión sexual 4. Prevenir cáncer de cuello uterino 5. No se
<b>12)En qué casos se puede dejar para después la citología vaginal o prueba del Papanicolaou; cuando:</b> 1. La mujer esta menstruando 2. Se ha tenido relaciones sexuales el día anterior 3. Se aplicó cremas u óvulos vaginales 4. No se 5. Todas las anteriores
<b>13)¿Cuál es la frecuencia con se debe realizar la citología vaginal o prueba del Papanicolaou</b> 1. Cada seis meses 2. Cada año 3. Entre dos y tres años 4. No se

<b>14) ¿Ha tenido relaciones sexuales</b> 1. Si 2. No
<b>15) A qué edad inicio sus relaciones sexuales?</b> .....años.
<b>16) ¿Cuántos partos ha tenido? .....</b>
<b>17) ¿Cuántos abortos ha tenido? .....</b>
<b>18) ¿Con que frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente?</b> 1. Frecuentemente 2. Ocasionalmente 3. Por ahora no tengo 4. No he tenido relaciones sexuales
<b>19) ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida? .....</b>
<b>20) ¿Qué método anticonceptivo utiliza?</b> 1. Píldora combinada 2. Inyectable combinado 3. Inyectable de progestágeno 4. DIU (T Cu) 5. Preservativo 6. Ritmo/regla 7. Ninguno

**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.

<b>31) Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou.</b> 1. Si 2. No
<b>32) Cuando fue la última vez que se la practico:</b> 1. En este año 2. Hace más de un año 3. Hace más de tres años 4. Nunca
<b>33) Con que frecuencia se la ha practicado:</b> 1. Anual 2. Cada seis meses 3. Cada tres años 4. Ocasionalmente 5. Nunca
<b>34) Por qué se la practico la prueba del Papanicolaou:</b> 1. Por indicación del médico/obstetra 2. Por iniciativa propia 3. Por sugerencia de un tercero 4. No se
<b>35) Reclamo los resultados:</b> 1. Si 2. No
<b>36) Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud</b> 1. Si 2. No

**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)  |

<b>Acerca de la prueba de Papanicolaou</b>	<b>A</b>	<b>PA</b>	<b>I</b>	<b>PD</b>	<b>D</b>
<b>23) Demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.</b>					
<b>24) Es un examen que debe hacerse si el medico lo Solicita</b>					
<b>25) El material que se usa no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou.</b>					
<b>26) Considero necesario hacerme la del Papanicolaou todos los años</b>					
<b>27) Es muy importante realizarme periódicamente la prueba para detectar el cáncer a tiempo.</b>					
<b>28) Siempre solicito los resultados de la prueba del Papanicolaou.</b>					
<b>29) Es necesario que el médico me explique los resultados.</b>					
<b>30) Demuestro disponibilidad para la lectura de los resultados por la/el obstetra</b>					

**!!! Muchas gracias!!!!**

Anexo N° 02

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

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

**Sra. O señorita**

**Presente.-**

De mi mayor consideración:

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

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchas otras participantes de pueblo joven Dos de Mayo. 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 Dos de Mayo.

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

Atentamente,

 UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
DPTO. ACAD.-METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN  
  
Obst. Mg. Amelia Nelly Solis Villanueva  
JEFE DE SECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DE OBSTETRICIA

## ANEXO 03

### FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

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

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

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

#### **MANIFIESTO:**

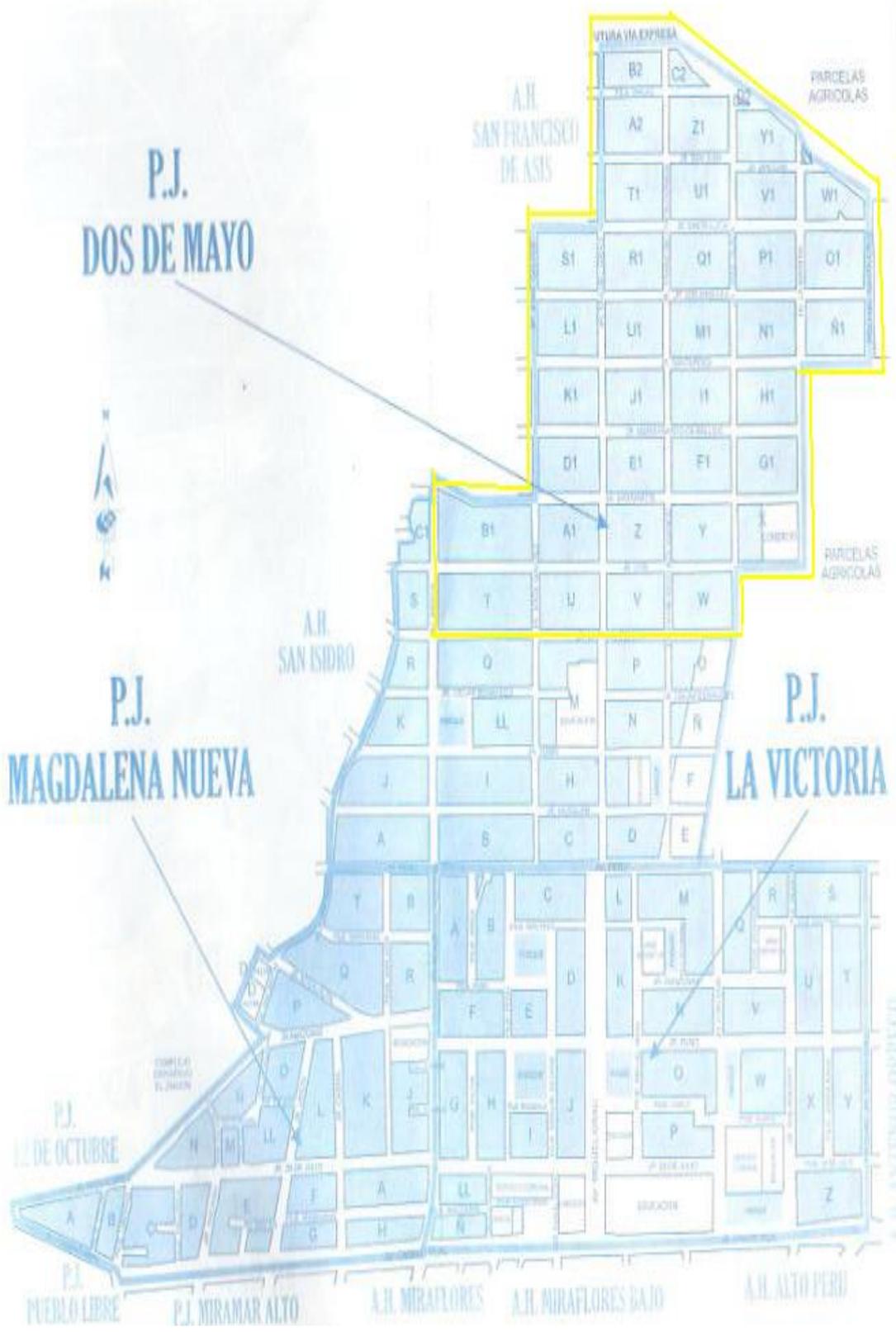
Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para participar de la encuesta. Y, para que así conste, firmo el presente documento.

---

Firma de la encuestada

DNI:

Fecha: \_\_\_\_\_



## EVIDENCIAS

