



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, Y PRÁCTICAS SOBRE
PAPANICOLAOU, EN MUJERES DEL PUEBLO JOVEN
CESAR VALLEJO, CHIMBOTE - 2014.**

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

**AUTOR:
RUDI SILVA MONTES**

**ASESORA:
MG. NELLY SOLÍS VILLANUEVA**

**CHIMBOTE - PERÚ
-2016-**

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, Y PRÁCTICAS SOBRE
PAPANICOLAOU, EN MUJERES DEL PUEBLO JOVEN CESAR
VALLEJO, CHIMBOTE - 2014.

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Carmen Aguirre Espinoza

Secretario

Mgtr. Melva Loyola Rodríguez

Miembro

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy gracias a Dios por haberme dado muchas oportunidades en la vida.

A la Dirección de la Escuela de Obstetricia y mi sincero agradecimiento a la Obst. Mg. Nelly Solís Villanueva por su asesoría y apoyo brindada para la ejecución del presente estudio.

Un reconocimiento especial a mis profesores, por haberme transmitido sus conocimientos y darme siempre lo mejor de ellos. A mis amigos, por darme su amistad, cariño y apoyo incondicional.

A las usuarias del Pueblo joven Cesar Vallejo por su disposición para participar en el presente estudio, por sus deseos de aprender más cada día, para superarse y contribuir en mi formación profesional.

RESUMEN

La investigación tuvo como Objetivo general: describir los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo joven “Cesar Vallejo”, Provincia del Santa- Distrito de Chimbote en el periodo Abril – Julio de 2014”. La metodología: se centró en un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, diseño no experimental, de cohorte transversal de una sola casilla. La población lo constituyeron 300 mujeres en edad fértil, con una muestra de 135 mujeres en edad fértil según muestreo no probabilístico. Obteniendo los siguientes resultados: La mayoría de mujeres (71,9%), no tuvieron un conocimiento global sobre el Papanicolaou. Los reactivos menos conocidos fueron: no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, desconoce el lugar de la muestra y la importancia de esta prueba. Sin embargo la mayoría (93,3 %) de las mujeres tuvo una actitud global favorable frente a la prueba y solo el 6,7% mostro una actitud desfavorable. En cuanto a la práctica global resulta que la mayoría de las mujeres tuvieron prácticas negativas y solo el 16,3% practica la prueba. Finalmente se concluye: que las mujeres en edad fértil del Pueblo joven Cesar Vallejo no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo presentan actitudes favorables y prácticas negativas.

Palabras claves: Actitudes, conocimientos, Papanicolaou y prácticas.

ABSTRACT

The objective of the research was: describe the knowledge, attitudes and practices against taking Pap of young women at childbearing age in "Cesar Vallejo" Provincia del Santa Chimbote District in period April - July 2014". The methodology: focused on a descriptive study, quantitative level, no experimental design, cohort cross one box. The population was constituted by 300 women of childbearing age, with a sample of 135 women of childbearing age as non-probability sampling. The following results: Most women (71.9%) did not have a comprehensive knowledge about the Pap test. Less known reagents were: people don't know in what cases they should not take the sample PAP, they do not know the place of the sample and the importance of this test. However the majority of women (93.3%) had a favorable overall attitude towards the test and only 6.7% had an unfavorable attitude. As for the global practice it is that most women had negative practices and only 16.3% practice test. Finally it concludes that young women at childbearing age in Cesar Vallejo do not have a comprehensive understanding about taking Pap, however they have favorable attitudes and negative practices.

Keywords: Attitudes, Knowledge, Papanicolaou, Practices

CONTENIDO

1. Título de la tesis	i
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria (opcional)	iv
4. Resumen	v
5. Abstract	vi
5. Contenido	vii
7. Índice de tablas	ix
8. Índice de Figuras	x
I. Introducción	1
II. Revisión de Literatura	6
2.1. Antecedentes.	6
2.2. Bases teóricas.	13
2.2.1. Bases teóricas del conocimiento.	13
2.2.2. Bases teóricas de la actitud.	20
2.2.3 bases teóricas de la práctica.	26
2.3 Marco Conceptual.	28
2.3.1. Aspectos conceptuales	28
a)Cáncer del cuello uterino y la prueba de Papanicolaou	28
b) Prevención Primaria y secundaria.	28
c) Examen de PAP y su técnica	30
d) frecuencia del Papanicolaou.	30
e) Requisitos para la prueba de Papanicolaou	31
f) Procedimiento de la prueba.	31
2.3.2. Factores de Riesgo asociados.	33
a. El papiloma virus.	33
b. Consumo de tabaco	33
c. Sistema inmunológico debilitado.	33

d. Infección con Clamidia.	34
e. Píldoras anticonceptivas.	34
f. Inicio de las relaciones sexuales.	34
g. Número de parejas sexuales.	35
h. Embarazos múltiples.	35
2.3.3. Clínica del cáncer y sintomatología.	36
2.2.4. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino.	37
2.3.5. El sistema Bethesda.	38
2.3.6. Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino.	39
2.3.7. Modelo de nivel de salud de OMS	39
III. Metodología	41
3.1. Diseño de la investigación	41
3.2. Población y muestra	41
3.3 Técnicas e instrumento de medición	46
IV. Resultados	49
4.1. Resultados	49
4.2. Análisis de resultados	58
V. Conclusiones	65
Aspectos complementarios	66
Referencias Bibliográficas	75
Anexos	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo”-distrito Chimbote – 2014.	50
Tabla 02	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven Cesar Vallejo – distrito de Chimbote- 2014.	52
Tabla 03	Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote -2014.	54
Tabla 04	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote – 2014.	55
Tabla 05	Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote- 2014.	56

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Diagrama circular del conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo”- distrito Chimbote – 2014. 49
- Figura 2 Diagrama circular de la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito de Chimbote – 2014. 51
- Figura 3 Diagrama circular de la práctica global frente a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote - 2014. 55

I. Introducción

El cáncer del cuello uterino es el segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer, y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por papiloma virus humanos (PVH). La Organización Mundial de la Salud estima que en el Perú 2.000 mujeres son diagnosticadas todos los años de cáncer cervical y más de 700 fallecen como consecuencia del mismo (33). Lo que significa que seis mujeres morirán diariamente por este tipo de cáncer, que pudo ser detectado y tratado a tiempo.

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, especialmente aquellas relacionadas con la toma de muestra del Papanicolaou. Las mujeres del Pueblo Joven "Cesar Vallejo" no son ajenas a la situación problemática. Dicha comunidad se encuentra ubicada en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa cuenta con un total de 900 habitantes según INEI, de los cuales 300 son mujeres en edad fértil (MEF), con características innatas y socio culturales de zona costera y sin dejar de lado un menor porcentaje provenientes de la serranía de Ancash.

Las mujeres generalmente se dedican al comercio independiente, y al trabajo del hogar. Muchas de ellas postergan la atención de su salud por el horario de

trabajo y cualidades personales negativas como; baja autoestima, vergüenza, e irresponsabilidad lo cual dificulta los procedimientos obstétricos en favor de su salud reproductiva. Otras de las características mostradas de las mujeres son las actitudes y prácticas frente al cuidado de su salud sexual y reproductiva, las cuales son interferidas por la libre información sobre sexualidad provenientes de los diferentes medios de comunicación, la cual impulsa a prácticas negativas; como no acudir a tomarse una prueba de PAP, no realizarse exámenes de rutina para despistaje del cáncer, y tampoco de ITSS/VIH/SIDA. La promiscuidad está presente en ambos géneros, y muchos de ellos visto como algo natural.

Por lo anteriormente expresado surgió la siguiente interrogante: *¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tienen las mujeres en edad fértil, sobre la toma del Papanicolaou, del PJ Cesar vallejo del distrito de Chimbote, en el período Abril- Julio 2014?* Para dar respuesta al problema, se planteó el objetivo general: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou, en Mujeres en edad Fértil (MEF) del PJ, Cesar Vallejo, en el período abril-julio 2014. Así mismo para conseguir dicho objetivo se plantearon seis objetivos específicos. Siendo el primero descripción del conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou en las mujeres en estudio, en segunda instancia identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou. En tercer plano Identificar la actitud global frente a la toma del Papanicolaou, luego identificar la actitud

frente a la solicitud de la prueba del PAP, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en estudio, consecuentemente se describe las prácticas relacionadas con la toma del examen de Papanicolaou, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en estudio. Y finalmente se describen las características Sociodemográficas, Sexuales y Reproductivas en las mujeres en estudio.

Por otro lado la investigación se justifica porque es importante conocer en el ámbito de estudio, 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 que son las medidas orientadas a evitar la aparición de la misma, 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. 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. El trabajo beneficiara a las

mujeres del PP JJ Cesar Vallejo, incrementando su participación en la toma del Papanicolaou y respondan de manera ética, responsable y crítica a las exigencias del problema de salud pública. Así mismo una contribución importante será proveer de información clave sobre cáncer del cuello uterino a los establecimientos de salud de nuestra región, y a nivel nacional como insumo para intervenciones estratégicas de promoción y auto cuidado de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La metodología se centró en un estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño, de cohorte transversal de una sola casilla. La población la constituyó un total de 300 mujeres en edad fértil y la muestra fue seleccionada según el muestreo no probabilístico 135 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión: Mujer residente en el PJ Cesar Vallejo y que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio. Están excluidas mujeres embarazadas, que rechacen participar en el estudio, mujeres con capacidades diferentes y con morbilidad mental.

En el primer capítulo se describe la epidemiología del cáncer cervicouterino y como amenaza la salud de las mujeres de Chimbote, haciendo énfasis en los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres frente a la prevención de ésta, y la necesidad de contar con una línea de base; se plantea la problemática, se establece el objetivo general y los objetivos específicos, así

como la justificación de la presente tesis. El segundo capítulo refiere el marco teórico y la importancia que tiene el estudio de saber las brechas del conocimiento, que tendencias tienen las mujeres frente a la toma del Papanicolaou y cómo es la práctica diaria frente a la prevención de ésta. Se incluye los estudios previos a nivel nacional e internacional, el tercer capítulo hace mención al método y material utilizado declarando el tipo, nivel y diseño de estudio, el cuarto capítulo se enuncian los resultados a partir de las variables principales abordadas y se hace el análisis comparando con los resultados de estudios previos, dejando valor agregado. El quinto y último capítulo se redacta las conclusiones a las que se llegaron con el estudio, las mismas que responden al objetivo general y específicos de la tesis.

Se concluye que las mujeres en edad fértil del Pueblo joven Cesar Vallejo no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, sin embargo presentan actitudes favorables y prácticas 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, Z et al. (7) en el año 2010, en la ciudad de Colombia, realizó un estudio donde el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervico-uterino: seguido por un nivel intermedio en el 40%. Con respecto a los reactivos estudiados, en cuanto a la pregunta sobre la zona donde se extrae la muestra del PAP para la detección temprana del cáncer cervical, el 57% respondió que se debe tomar en el cuello del útero, y el 23% considera que ésta proviene de la secreción vaginal. A la interrogante sobre cuál es el propósito de la prueba citológica, el 71% de las mujeres respondió que es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Del mismo modo, Tenorio, I (9) 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 (8) 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. (27) 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, M et al (6) 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 (28). 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 (29), 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 (11) en el año 2009, encontró que la actitud hacia esta prueba no fue favorable. Las razones señaladas se relacionan con el tiempo en la entrega de los resultados; las otras fueron de índole personal, causando desagrado, ansiedad y por falta de tiempo. Un año después, Cogollo (7), informó que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba de citología cérvico uterino, mientras que el 45% tienen una actitud favorable. Ya en el 2010, Martínez y Vázquez (12) 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. (27) 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, M et al (6) 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. (28) 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 (29) 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 (9), 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 (8), 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 el 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, Z et al. (7), observo que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta. Por su parte, Palma(13) 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, M et al (6) 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 (28) 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 (29) 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. (15)

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 termino 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 (17)

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 (20)
- 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 (20).
- 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. (20)

2.2.1.1 Modelo de Conocimiento 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 los demás, y se implica en ésta entendiendo que su trabajo es imprescindible para el éxito del grupo (16). **Johnson & Johnson (1994)** plantean una serie de elementos del trabajo cooperativo que lo hacen más productivo que los modelos comentados anteriormente:

2.2.1.2 Principios de una intervención educativa

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) **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 (16). 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 los suyos". Este tipo de interdependencia positiva es esencial para el aprendizaje cooperativo. (24)

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 (24). 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 (15).

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"(15).

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 (15). Según **Schönfeld** (1987) una hipótesis básica subyacente de los trabajos en ciencia cognitiva es que las estructuras mentales y los procesos cognitivos son extremadamente ricos y complejos, pero que tales estructuras pueden ser comprendidas y que esta comprensión ayudará a conocer mejor los modos en los que el pensamiento y el aprendizaje tienen lugar (15)

Luego de haber revisado las teorías para cuestiones de salud, se tomara la base teórica Del diccionario de la Real Academia Española (10). 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 conocimiento "se consume", 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 (10)

2.2.2 Bases teóricas de la actitud.

La actitud es una predisposición aprendida no innata y se establece aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Estas condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales (30).

a) Teorías del aprendizaje.

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje <depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos> (15-16).

b) Teoría de la disonancia cognitiva.

Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso debemos de hacer algo para disminuir esta disonancia. Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos

algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen. Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia (31)

2.2.2.1 Perspectiva de la actitud

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

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son

aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual) (22).

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 (22)

2.2.2.2 Tipos de Actitud

- **Actitud Emotiva.**-Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento

interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, Que van unidas a una actitud de benevolencia (25)

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

2.2.2.3 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.(30)

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.

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

- **La autenticidad.**

Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior. (30)

- **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. (30)

- **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 (Branden, N. 2000). 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. (30)

- **El cuidado del otro.**

Es la actitud moral de respeto a la persona que ha sido denominada «compasión » (Ortega, P. 1997). Es la actitud del cuidado ante el sufrimiento de cada individuo, con un dolor intransferible, ajeno a toda abstracción. (30)

Como investigador voy a trabajar en base a la teoría de Ver Sastre, G; Moreno, M. y Timón, M (30) como la 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.

2.2.3. Base teórica de la Práctica.

La Real Academia de la Lengua Española hace referencia al uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. A partir de lo cual, Figueroa plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (8)

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 (8)

Por la naturaleza de la investigación se asume la definición de la Real Academia Española que plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (16)

2.3 Marco Conceptual.

2.3.1 Aspectos conceptuales pertinentes.

a) Cáncer del cuello uterino

El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial (CIN) los cuales empiezan con displasia leve, llamada CIN I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio (17- 18).

b) Prevención primaria y secundaria

- **Prevención Primaria:** Es la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y sus métodos de prevención, contra el virus papiloma humano (VPH). (19)
- **Inmunización contra el Virus Papiloma Humano:** La vacuna previene la infección de dos genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer. Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión pre invasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas (19).
- **Prevención Secundaria:** Incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros

síntomas sobre los cuales el paciente no tiene el conocimiento, la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad (19). El examen que se realiza para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP) (19).

- **Educación a la población.**

La educación a la población acerca respecto a la aparición del cáncer cérvico uterino y de sus factores de riesgo, es una de las principales herramientas a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios randomizados de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen del (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje.

Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje. (19) La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP), la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix (17)

c) El examen de Papanicolaou y su técnica

Estudio que consiste en la toma para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina (3).

d) Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras de PAP debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomaran cada tres años. Mientras que las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. (20)

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). (20)

e) Requisitos para la Prueba de Papanicolaou.

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

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

f) Procedimiento de la prueba

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos: (21)

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

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

2.3.2 Factores de riesgo asociados.

a. El Papiloma Virus.

Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. (22,23)

b. El consumo de tabaco.

Las mujeres que fuman son alrededor de dos veces más propensas a padecer cáncer de cuello uterino que las que no fuman. Al fumar, muchos químicos causantes de cáncer ingresan a los pulmones. Estas sustancias dañinas son llevadas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo hasta otros órganos. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH. (23)

c. Sistema inmunológicos debilitados

El VIH, es el virus que causa SIDA y no es lo mismo que el VPH. Las mujeres infectadas con VIH tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino. La infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este

grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune (24)

d. **Infección con clamidia**

Esta infección es causada por un tipo de bacteria que puede infectar los órganos sexuales femeninos. Su contagio es mediante las relaciones sexuales. Puede que una mujer no sepa que esté infectada a menos que se le practique un examen de clamidia cuando se le haga su examen pélvico. Algunos estudios sugieren que las mujeres que se hayan infectado en el pasado o que actualmente estén infectadas, están a un mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Además, la infección a largo plazo puede causar otros problemas graves. (23)

e. **Píldoras anticonceptivas**

El uso de píldoras anticonceptivas por periodos prolongados aumenta el riesgo del cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de que deje de tomarlas.(23)

f. **Inicio temprano de las relaciones sexuales**

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los

carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. (20)

g. Números de parejas sexuales

Es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos. (20)

h. Embarazos múltiples

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

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano. (20)

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. (11)

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano adquirido desde muy temprana edad. La Infección por el VPH, las lesiones pre malignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como la prueba de Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente. Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de comezón, manchas anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento, fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico (11).

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.(18)
- **Biopsia exocervical y/o endocervical:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico. (19)
- **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. (19)
- **Conización Cervical:** En los casos que se sospeche una micro invasión o disociación colpocito histológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas. (19)

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 o más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda. (8)

Cuadro 1 Clasificación de diagnóstico 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 (8)

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

Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el Papiloma Virus Humano es un organismo difusamente encontrado en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, 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. (20)

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. (23)

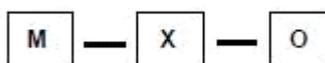
Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco.

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. (25)

III. Metodología.

3.1 Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptiva nivel cuantitativo simple de una casilla de cohorte transversal (26).



Esquema:

M: Mujeres en Edad Fértil, del pueblo Joven Cesar Vallejo.

X: Conocimiento, actitud y Prácticas

O: Representa lo que se observa.

3.2 Población y muestra.

La población está constituido 300 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, que radican en el ámbito geográfico del P.J Cesar Vallejo, distrito de Chimbote. La muestra fue seleccionada según el muestreo no probabilístico, 135 mujeres en edad fértil.

a) **Criterios de Inclusión**

- Mujeres que residen en el PJ Cesar Vallejo.
- Mujeres que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que deseen participar en el estudio.

b) Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que rechacen participar en el estudio.
- Mujeres con morbilidad mental.
- Mujeres con cáncer del cuello del útero.
- Mujeres que han sido capacitados sobre Papanicolaou.

c) Matriz de Operacionalización de variables : Ver en el cuadro 1

Cuadro 2 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE LA PRUEBA DEL PAP

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

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

Continúa...

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

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

Continúa...

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Prácticas	Conjunto de hábitos o formas de actuar de la mujer en relación a la toma de la prueba del Papanicolaou.	Toma del PAP.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización del PAP. 	Cualitativa	Nominal	<p style="text-align: center;">Aceptable No aceptable</p>
		Realización del PAP en el momento idóneo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de la prueba en un momento determinado. ➤ Razones de la prueba. 	Cualitativa	Nominal	<p style="text-align: center;">Aceptable No aceptable</p>
		Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recajo de los resultados. ➤ Explicación especializada de los resultados. 	Cualitativa	Nominal	<p style="text-align: center;">Aceptable No aceptable</p>

3.3 Técnicas e instrumentos de medición

3.3.1 Técnica.

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

3.3.2 Instrumentos.

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el **cuestionario de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou** (anexo 1) el mismo que estuvo compuesto por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde la respuestas tenían un puntaje de 1 para la respuesta correcta y 0 para la incorrecta; para medir las actitudes se aplicó el Test de escala tipo Likert denominado **Test de actitudes frente a la toma del Papanicolaou** conformada por 8 preguntas con respuestas según las siguientes escalas, De acuerdo (A) con un puntaje de 5; Parcialmente de acuerdo (PA) con un puntaje de 4, Indiferente (I) , con un puntaje de 3, Parcialmente en desacuerdo (PD) ,con puntaje de 2; En desacuerdo (D)con puntaje de 1, finalmente agrupados en de acuerdo y en desacuerdo para facilitar la interpretación de resultados .

Para identificar las prácticas que realizan en relación a la prueba del Papanicolaou se aplicó el **Test de prácticas de la prueba del Papanicolaou**, que consta de 6 preguntas con respuestas dicotómicas donde un SI, vale 1 y un

NO vale 0, las respuesta multivariadas, donde la respuesta correcta vale 1 y la respuesta incorrecta vale 0; y finalmente un cuestionario que identifica las características socio demográficas y sexuales –reproductivas con 14 preguntas cerradas con respuestas multivariadas al igual que las anteriores.

3.3.3 Procedimientos

Se cumplió con el cronograma establecido, se inició con el reconocimiento de la zona, luego se visitó a los informantes claves, para obtener datos suficientes de la comunidad. Posterior aplicar la encuesta casa por casa haciendo llegar con anticipación un formulario con: información y a la vez una solicitud para su consentimiento en el estudio (Anexo 3). Una vez obtenida la autorización, se explicó a las participantes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria. La encuesta se realizó, sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

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

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.

- Se informó el derecho a abstenerse de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

3.3.4 Plan de análisis.

Para el análisis de los resultados se empleó la Bioestadística, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.

Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados.

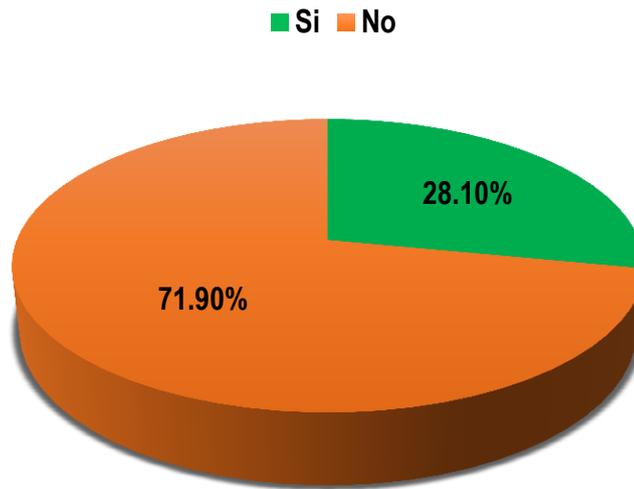


Figura 1. Diagrama circular del Conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven "Cesar vallejo"- distrito Chimbote – 2014

Fuente: Tabla 6.

La figura 1 hace evidente que el 71,9 % del colectivo explorado no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, toda vez que no respondieron ante los reactivos explorados. Y solo el 28,1% mostro conocimiento de la prueba.

Tabla 1

Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven "Cesar Vallejo"-distrito Chimbote - 2014

Reactivos	conoce		No conoce	
	n	%	n	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	125	92,6	10	6,7
2. Lugar de la toma de muestra	74	54,8	61	45,2
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	116	85,9	19	14,1
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	81	60,0	54	40,0
5. Casos en que no se toma la muestra	53	39,3	82	60,7
6. Frecuencia de la toma de muestra	111	82,2	24	17,8

Fuente: Encuesta aplicada en mujeres en edad fértil (15-49 a-) del pueblo joven Cesar Vallejo, durante los meses junio- julio 2014.

La tabla 1 hace evidente que el 60,7 % de las mujeres no saben los requisitos para tomarse la prueba del Papanicolaou, el 45,2 % no conoce el lugar donde se toma la muestra, así mismo el 40% la importancia de la misma. Por otro lado solo el 82,2% sabe que la prueba se realiza anualmente, el 85,9% indica que la prueba sirve para detectar cáncer del cuello uterino, y el 92,6 % sabe que es un examen del cuello del cuello útero.

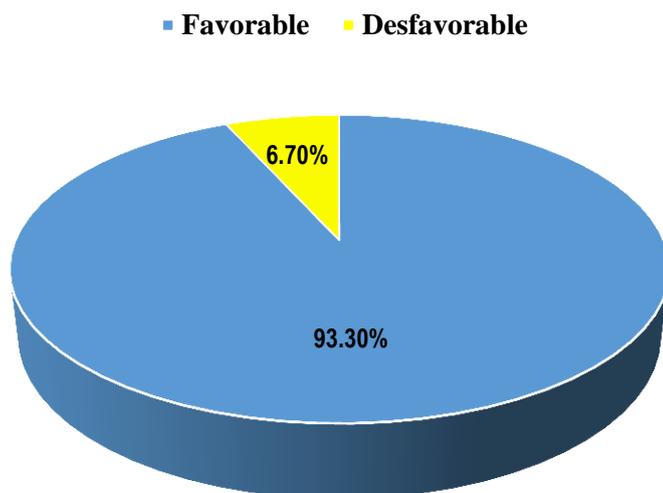


Figura 2. Diagrama circular de la Actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote – 2014

Fuente: Tabla 7.

En la figura 2 hace evidente que la mayoría (93,3 %) de las mujeres en estudio tienen una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 6,7% se muestra con una actitud negativa.

Tabla 2

Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven Cesar Vallejo - distrito Chimbote- 2014

REACTIVOS	ED	DA
	%	%
1. Disponibilidad para la realización de Toma de PAP	5,9	94,1
2. El material que se utiliza no es un obstáculo	31,1	69,7
3. Considera necesario realizarse el PAP todos los años	2,3	97,7
4. Importancia de la prueba para detectar cáncer a tiempo	0,7	99,3
5. Siempre solicita los resultados de la prueba	2,2	97,8
6. Importancia de la explicación de los resultados	1,5	98,5
7. Disponibilidad sobre la lectura de los resultados	8,1	91,9

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

La tabla 2 hace evidente que el 94,1 % de las mujeres en estudio, muestran disponibilidad para realizarse la prueba, así mismo consideran necesario realizarse la prueba el Papanicolaou todos los años, reconocen la importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo. El 97.8 % está de acuerdo solicitar los resultados de la prueba siempre, el 98,5% apoyan la importancia de la explicación de los resultados de la prueba, y el 91,9 % muestra disponibilidad y tiempo para la lectura de los resultados. Por otro lado el 31,1% de las mujeres en estudio, muestran una actitud desfavorable, frente al material que se emplea para obtener la muestra, refieren que es incómodo, muchas veces creándoles, dolor y temor.

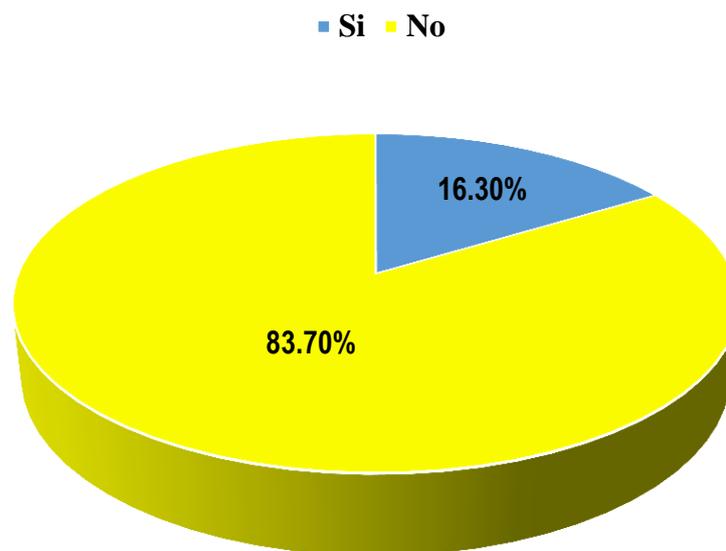


Figura 2. Diagrama circular de la práctica global frente a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote, 2014

Fuente: tabla 8.

La figura 3 muestra que la mayoría de las mujeres en estudio (83,7 %) no asumen prácticas positivas frente a la prueba, y solo el 16,3 % cumple con el autocuidado de su salud.

Tabla 3

Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote -2014

Prácticas	Si		No	
	n	%	n	%
• Practica la prueba del Papanicolaou	127	94,1	8	5,9
• Se practicó la prueba en el año en estudio	63	46,7	72	53,3
• Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	69	51,1	66	48,9
• Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	76	56,3	59	43,7
• Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	128	94,8	7	5,2
• Solicita información sobre el resultados de la prueba	128	94,8	7	5,2

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

Tabla 3 Muestra que el 53,3% de las mujeres en estudio no se practicaron la prueba en el año en estudio, el 48,9% no se practica la prueba anualmente, 43,7% no se practicó por iniciativa propia, sin embargo 94,1 % practica la prueba del Papanicolaou y el 94,8 solicita información sobre los resultados y a la vez reclama el mismo.

Tabla 4

Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil del pueblo joven "Cesar Vallejo" distrito Chimbote - 2014

Edad (años)	n	%
De 14 a 19	8	5,9
De 20 a 24	9	6,7
De 25 a 29	30	22,2
De 30 a más	88	65,2
Total	135	100,0

Estado civil	n	%
Soltera	29	21,5
Casada	43	31,9
Conviviente	63	46,7
Total	135	100,0

Nivel de escolaridad	n	%
No estudia	1	7
Primaria	7	5,2
Secundaria	92	68,1
Técnica	21	15,6
Superior	14	10,4
Total	135	100,0

Ocupación actual	n	%
Ama de casa	77	57,0
Empleada -Profesional	3	2,2
Empleada- independiente	36	26,7
Estudiante	19	14,1
Total	135	100,0

Religión que profesa	n	%
Católica	124	91,9
Protestante (evangélica)	6	4,4
Ninguna	5	3,7
Total	135	100,0

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

La Tabla 4, muestra que la mayoría de las mujeres en estudio (65,2%) son mayores de 30 años seguidas del 22,2% que se encuentran entre 25 a 29 años. El 46,7 % son convivientes, 31,9% son casados y 21, 5% son solteras. Así mismo la mayoría solo alcanzo estudios secundarios (68,1%), seguido del 10,4% estudio superior, y el 5,2% restante solo tiene estudios primarios. Con respecto a la ocupación, el mayor porcentaje son amas de casa (57,0%), el 26,7% se dedican a un empleo independiente, solo el 2,2% son empleadas profesionales, y el 14,1 % son estudiantes. La religión que profesa la mayoría es católica con un 91,9%, seguido de la evangélica con un 4,4%.

Tabla 5

Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote- 2014.

Tuvo relaciones sexuales	n	%
Si	135	100,0
Edad de inicio de relaciones sexuales	n	%
14 a 19	104	77,4
20 a 24	30	21,8
25 a 29	1	0,7
30 a más	0	0
No tuvo relaciones sexuales	0	0
Total	135	100,0
Número de partos	n	%
Ningún parto	20	14,8
Primípara	24	17,7
Múltipara	78	57,8
Gran múltipara	13	9,6
Total	135	100,0
Número de abortos	n	%
Ninguno	107	79,3
1 a 2	24	17,8
3 a 4	4	3,0
5 a más	0	0
Total	135	100,0
Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente	n	%
Frecuentemente	12	8,9
Ocasionalmente	99	73,3
Por ahora no tengo	24	17,8
Total	135	100,0
Número de compañeros sexuales durante toda su vida	n	%
Ninguno	0	0
1 a 2	122	90,4
3 a 4	12	8,9
5 a más	1	0,7
Total	135	100,0
Continúa...		
Método anticonceptivo que utiliza	n	%
Píldora combinada	18	13,3

Inyectable combinado	17	12,6
Inyectable de progestágeno	5	3,7
DIU (T Cu)	3	2,2
Preservativo	17	12,6
Ritmo/regla	22	16,3
Ninguno	53	39,3
Total	135	100,0
Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual	n	%
Si	2	1,5
No	133	98,5
Total	135	100,0
Recibió tratamiento por dicha infección	n	%
Si	2	1,5
No	133	98,5
Total	135	100,0

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

Tabla 5 muestra que la mayoría de las mujeres en estudio (77,4%) iniciaron su vida sexual activa entre 14 a 19 años, 21,8% entre 25-29 años. Respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales el 73.3% tiene ocasionalmente, un 17.8% por ahora no lo tiene, y solo un 8,9 % frecuentemente. 66,7% tuvo 1 a 2 parejas sexuales y 8,9% tuvo 2 a 3 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 57,8% son multíparas el 17,7% son primíparas y 9,6% son gran multíparas. Así mismo el 17,8% sufrió 1 a 2 abortos, y un 3 % tuvo 3 a 4 abortos. El método más usado es el Ritmo (16,3%) seguido de la píldora combinada (13,3 %), el preservativo (12,6 %), y un 39.3% no utiliza ningún método. El 1,5% tuvo alguna ITS que recibió tratamiento oportuno, y el 98,5% no sufrió ninguna ITS.

4.2 Análisis de resultados.

Las diferentes bases teóricas revisadas definen al conocimiento en sus diversos enfoques, sin embargo, para efectos del estudio, lo haremos desde la teoría de Alavi Y leidner (30), quien declara que el conocimiento es personal, y que este se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal (24). Situación que no es evidente en el plano empírico, donde el 71,9 % del colectivo explorado no tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, no respondieron a los reactivos explorados. Y solo el 28,1% mostró conocimiento de la prueba. (Figura 1).

Al profundizar el estudio encontramos que los reactivos menos conocidos en un 60,7% de mujeres están relacionados con los requisitos que deben saber toda mujer para realizarse la prueba sin embargo estas no saben que no es factible la toma cuando La mujer esta menstruando y/o ha tenido relaciones sexuales el día anterior, y si se aplicó cremas u óvulos vaginales, el 45,2 % no sabe que la toma de la muestra se realiza del cuello uterino así mismo el 40% desconoce que el Papanicolaou es importante para prevenir el cáncer del cuello uterino.

Resultados similares se encontraron en el estudio de Cogollo, Z et al (7) en Colombia, quien reportó que el 42% tenían un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervicouterino, seguido por 40% con un nivel intermedio. Respecto a la zona donde se toma la muestra para la citología cérvico uterina (CCU) el 57% respondió que se debe tomar en el cuello del útero, y el 23% considera que ésta proviene de la secreción vaginal. A la pregunta sobre cuál es el propósito de la CCU

el 71% de las mujeres respondió que el propósito de la CCU es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Así mismo a nivel local Guillermo, A (29), en su estudio realizado en el Hospital “Mama Ashu, del distrito de Chacas, reportó que el 70,7% de mujeres no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, 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.

Diversos estudios demuestran que el bajo conocimiento está relacionado al grado educativo de las mujeres y a la condición sociodemográfica donde viven, situación similar estaría sucediendo en las mujeres del pueblo joven Cesar Vallejo donde el mayor porcentaje de mujeres, solo alcanzó la secundaria así mismo aceptan que alguna vez le dieron charlas educativas sobre tema pero nunca le dieron importancia al caso, dejando pasar por alto. Además ellas refieren “percibir que el centro de salud a donde pertenecen no muestra interés por la salud de la comunidad en general, las actividades extramurales son poco identificadas por el colectivo en estudio y las pocas veces que les ofrecen una acción educativa de salud la respuesta no es la esperada”, puesto que existe un nivel alto de desinterés por su salud, se infiere que son poco participativas de las acciones preventivas promocionales.

Otro aspecto clave es la situación sociodemográfica, la mayoría de las mujeres en estudio, son provenientes de la serranía ancashina, por motivos de trabajo y estudios de sus hijos, inmigraron a la costa, con sus costumbres y patrones ancestrales que se convierten en barreras en muchos de los casos, puesto que siguiendo la teoría de Alavi Y leidner (30), el conocimiento es personal, se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (24) para estas mujeres la experiencia proviene de una mezcla de desinformación, mitos e información pasada de generación en generación con un fuerte contenido equivocado.

Frente al estudio se puede afirmar que en países en vías de desarrollo, aun los servicios de salud muestran debilidades en el campo preventivo promocional, lo cual nos induce a nosotros como profesionales responsables de esta actividad asistencial a incrementar horas a las campañas, programas dedicados al tamizaje de prevención de la prueba, fijando la educación como objetivo, para incrementar el grado de conocimiento de cada mujer en edad fértil, para que en futuro disminuya los índices de morbimortalidad por cáncer cérvico-uterino. Así mismo aplicar técnicas de motivación, aprendizaje para llegar a la comunidad de manera más amena y directa, y lograr la participación activa de todos sin excepción.

Respecto a la actitud, para efectos del estudio nos basamos en la teoría de Fishbein y Ajzen, que es la 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 (30). En el

gráfico 2, se muestra que la mayoría de las mujeres en estudio, pese a tener un alto porcentaje de desconocimiento, cuando se trata de la predisposición para mejorar su salud y el autocuidado, muestran una actitud global favorable frente a la prueba del PAP.

Si analizamos la actitud al interior según sus indicadores (Tabla 2) hace evidente pese a los resultados globales favorables, no se puede dejar pasar ese 31,1% de mujeres que asumen una actitud negativa a causa de los materiales que se emplea para obtener la muestra, refieren que es incómodo, muchas veces creándoles, dolor y temor, situación preocupante toda vez que se relaciona con la competencia del profesional que realiza la toma de la muestra. Es necesario considerar que el 94,1 % del colectivo explorado muestran disponibilidad para realizarse la prueba, Y consideran necesario realizarse la prueba anualmente, reconocen la importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo. El 97.8 % solicitaría los resultados de la prueba siempre, el 98,5% apoyan la importancia que emana la explicación de los resultados de la prueba, por parte de los profesionales de la salud y el 91,9 % muestra disponibilidad y tiempo para la lectura de los resultados.

Resultados semejantes se evidencia en estudios nacionales; Beltrán, M. (2) 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.. Así mismo en el estudio de Guillermo, A (29), se encontró actitudes favorables y un mínimo de actitudes desfavorables. A nivel internacional Martínez y Vázquez (12) en el año 2010, en una

congregación rural en Veracruz, México, reportó que el 91.4% presenta una actitud positiva ante la prueba y tan solo el 8.6% actitud indiferente.

Analizando los estudios frente a la variable actitud, se evidencia que hay un alto porcentaje de actitud favorable, pese a que la mayoría tiene desconocimiento de la prueba del PAP, lo que nos hace pensar que si bien es cierto el grado de conocimiento va de la mano con la actitud favorable, aquí se invierten los papeles, que solo se justifica con la teoría de la consistencia cognitiva, que consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí (34).

Para la variable práctica para la naturaleza del estudio nos basamos en la definición de la Real Academia de la Lengua Española, donde plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (12). Situación que en el plano empírico no se cumple porque siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto ocurre cuando 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. Como se muestra en (figura 3), el mayor porcentaje (83,7 %) de las mujeres no asume una práctica positiva pese a ostentar actitudes favorables, solo el 16,3 % cumple con la práctica.

Comparable con el estudio de Cogollo, Z et al. (7) donde el 56% de mujeres tienen una práctica incorrecta solo el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta. Así mismo al de Tenorio, I (14), en la ciudad de Managua reporto que la mayoría de las mujeres tienen practicas negativas, los motivos fueron; vergüenza al personal masculino temor y dolor a la prueba. A nivel local los resultados se asemejan a los estudios realizados por Guillermo, A (29), donde el 84% de la población de mujeres en edad fértil no practican el examen de PAP, a comparación de un 16% que si tienen prácticas adecuadas. Los factores influyentes fueron, sentimientos de vergüenza y el temor que genera la desnudez y la exposición de las zonas íntimas. Estas similitudes se justifica por haberse realizado el estudio en el mismo grupo etario, con características sociodemográficas, sexuales y reproductivas similares.

Al profundizar el estudio podemos encontrar que los reactivos menos conocidos en un 53,3% de mujeres no se practicaron la prueba en el año en estudio el 48,9% no considera que la prueba a debe hacerse anualmente, y el 43,7% se realizó por sugerencia de terceros dejando de lado la iniciativa propia. Sin embargo 94,1 % practica la prueba del Papanicolaou y el 94,8 solicita información sobre los resultados y a la vez reclama el mismo.

Analizando los hallazgos en el lugar de estudio se encontró que las mujeres en estudio no practican la prueba por desconocimiento, vergüenza al personal de salud

masculino, por temor a los instrumentos que se emplea para obtener la muestra, refieren, que han tenido experiencias dolorosas e incómodas y el miedo a los resultados. Por otro lado también influye la condición económica de las mujeres, quienes muchas de ellas tienen que trabajar y no tienen tiempo para asistir al establecimiento de salud. Así mismo es indispensable mencionar que la demora en la entrega de resultados es un indicador que desmotiva ser puntuales con la prueba a las mujeres en estudio.

Partiendo de estos resultados es necesario reformular las estrategias de promoción con el fin de permitir una mejor comprensión sobre el examen, ventajas, beneficios para la salud de la mujer. Así mismo, fortalecer estos programas a nivel institucional, favoreciendo un ambiente íntimo y seguro para la usuaria, que permita mejorar la práctica de la prueba, e incrementando a adoptar conductas y hábitos positivos y a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control.

V. CONCLUSIONES

- Las mujeres en edad fértil del pueblo joven Cesar Vallejo, en su mayoría no tuvieron un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou. Los reactivos menos conocidos fueron, los requisitos para la toma de Papanicolaou, el lugar de la toma de muestra así mismo la importancia de la misma.
- La mayoría de las mujeres mostraron una actitud global favorable frente a la prueba del PAP, pese a tener un alto porcentaje de mujeres con desconocimiento, cuando se trata de la predisposición para mejorar su salud y el autocuidado muestran buena actitud. En su mayoría mostraron disponibilidad para realizarse la prueba, consideraron realizarse anualmente, reconocieron la importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo y solicitarían los resultados de la prueba siempre.
- En relaciona a la práctica global, la mayoría de las mujeres en estudio tuvieron prácticas negativas, la causa fue por desconocimiento, vergüenza al personal masculino, por temor a los instrumentos que se emplea para obtener la muestra, refirieron que han tenido experiencias dolorosas e incómodas.
- La mayoría de las mujeres no se realizaron la prueba en el año en estudio, se realizaron por sugerencia de terceros dejando de lado la iniciativa propia, no consideraron que la prueba debe hacerse anualmente y no reclaman los resultados.

Aspectos Complementarios.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

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

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

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><u>Tipo:</u> Descriptivo</p> <p><u>Nivel:</u> Cuantitativo</p> <p><u>Diseño:</u> Simple de una sola casilla de corte transversal.</p>	<p><u>Población:</u> El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por el P.J Cesar Vallejo del distrito de Chimbote, la población está constituida por 300 mujeres en edad fértil en edades de 15 – 49 años, que radican en dicha comunidad.</p> <p><u>Muestra:</u> La muestra no probabilístico, por conveniencia, selecciona al azar simple 135 MEF de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.</p>	<p><u>Técnicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta <p><u>Instrumentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. 	<p>Para el análisis de los resultados se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizará utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0.</p> <p>Asimismo, se utilizará estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.</p> <p>Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizará tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

Tabla 6

Conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven "Cesar Vallejo"- distrito Chimbote - 2014

Conoce	n	%
Si	38	28,1
No	97	71,9
Total	135	100,0

Fuente: Encuesta aplicada en mujeres en edad fértil (15-49 a-) del Pueblo Joven Cesar Vallejo, durante los meses junio- julio 2014.

La Tabla 6 muestra preocupante toda vez que el 71,9 desconocen los reactivos explorados. Solo el 28,1% refirió saber de la prueba.

Tabla 7

Actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo” distrito Chimbote - 2014

Actitud	n	%
Favorable	126	93,3
Desfavorable	9	6,7
Total	135	100,0

Fuente: Encuesta aplicada en mujeres en edad fértil (15-49 a-) del pueblo joven Cesar Vallejo, durante los meses junio- julio 2014.

La Tabla 7 señala que la mayoría (93,3 %) de las mujeres en estudio muestra una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 6,7% tiene una actitud desfavorable. Lo que indica que existe cierto tipo de disonancia cognitiva. No siempre actitud es conocimiento, y pensamiento, pero si sentimiento.

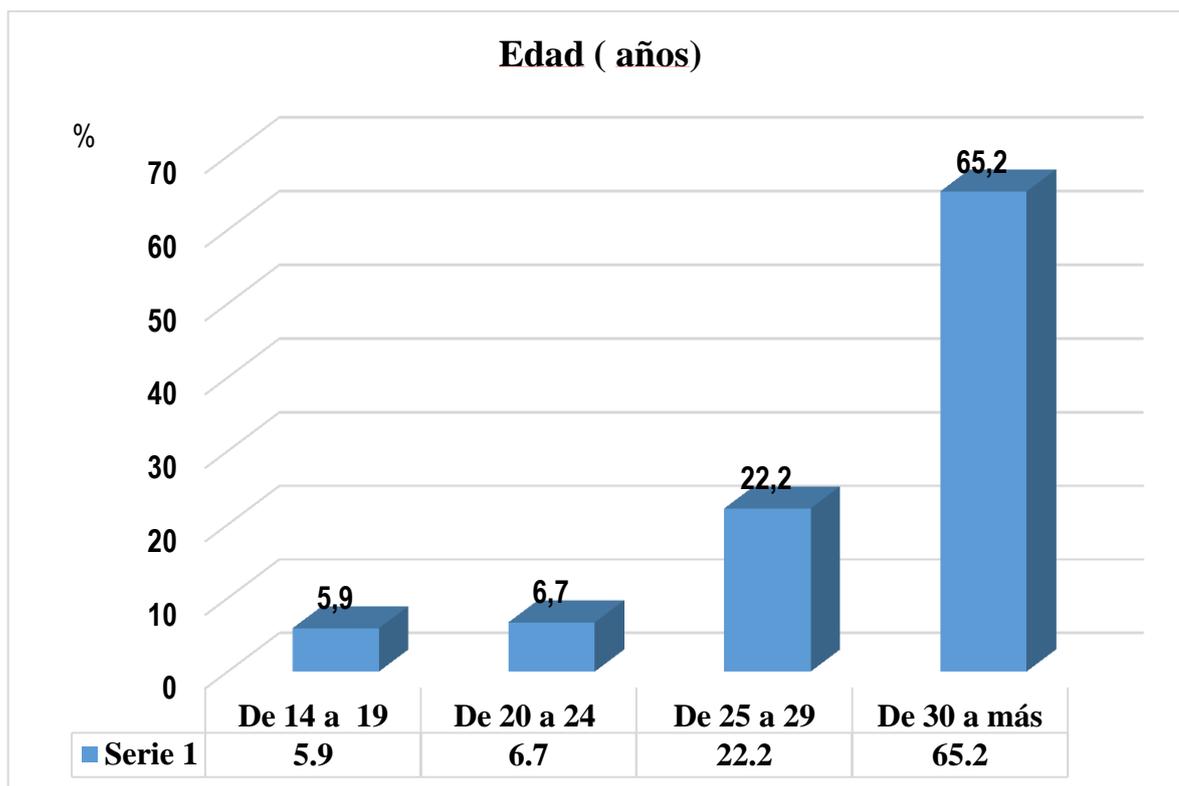
Tabla 8

Práctica global frente a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Cesar Vallejo “distrito Chimbote, 2014

Práctica	n	%
Si	22	16,3
No	113	83,7
Total	135	100,0

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

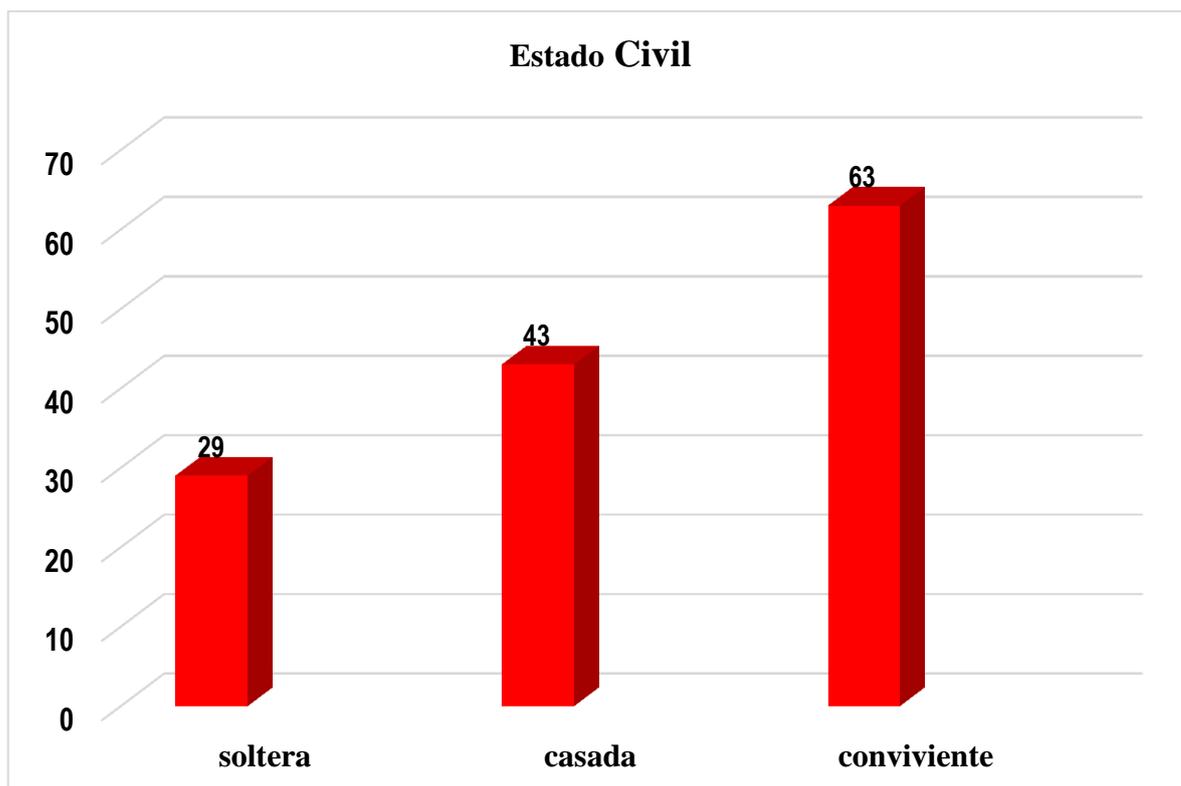
La tabla 8 resalta las prácticas frente a la toma del Papanicolaou en las mujeres en estudio, donde la mayoría de ellas (83,7 %) no asumen una práctica positiva frente a la prueba, y solo el 16,3 % cumple con el autocuidado de su salud.



Fuente: Tabla 4.

Figura 4: grafico sobre la edad de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Cesar Vallejo, periodo Abril-Julio 2014.

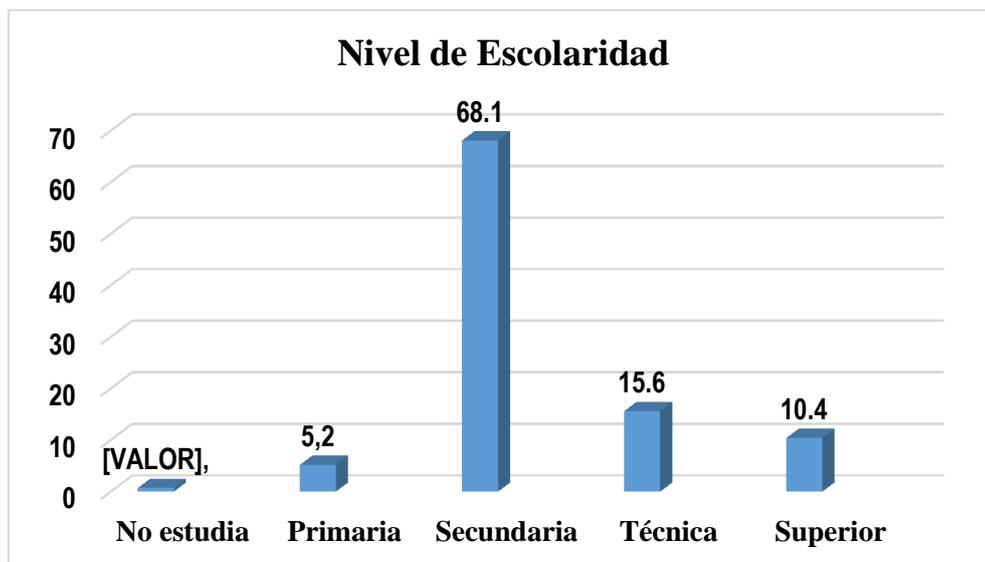
En la figura 4 muestra que el mayor porcentaje (65,2%) de las mujeres en estudio tiene más de 30 años, seguida de un 22,2 % de 25 a 29 años. El 6,7% están entre 20-24 años y 5,9% entre 14-19 años.



Fuente: Tabla 4.

Figura 5: Gráfico de barras sobre el estado civil de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Cesar Vallejo, periodo Abril-Julio 2014.

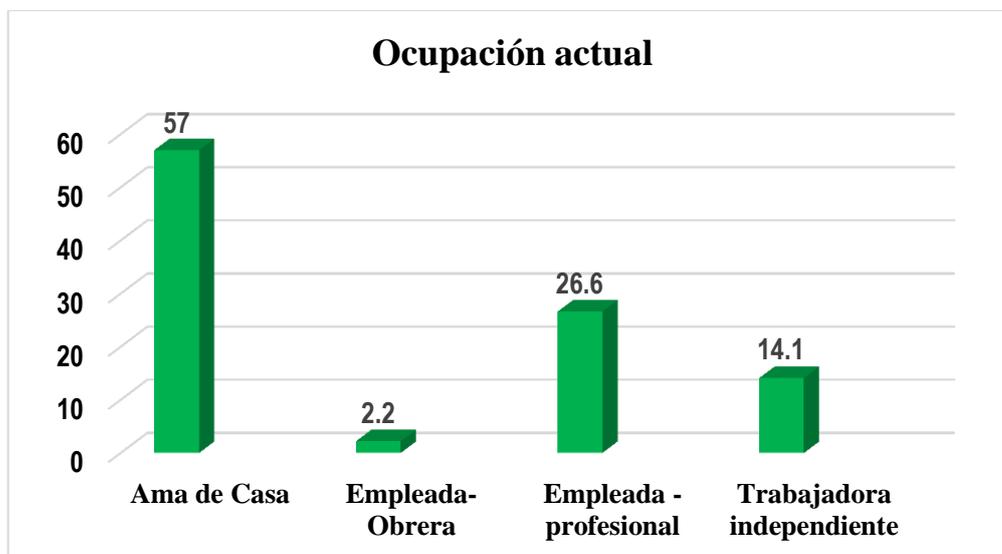
La figura 5, muestra que el 63% de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Cesar Vallejo, son convivientes, el 43% casadas y el 29% solteras.



Fuente: Tabla 4.

Figura 6: Gráfico de barras sobre el grado de instrucción de las mujeres en edad fértil del pueblo joven Cesar Vallejo, periodo Abril-Julio 2014.

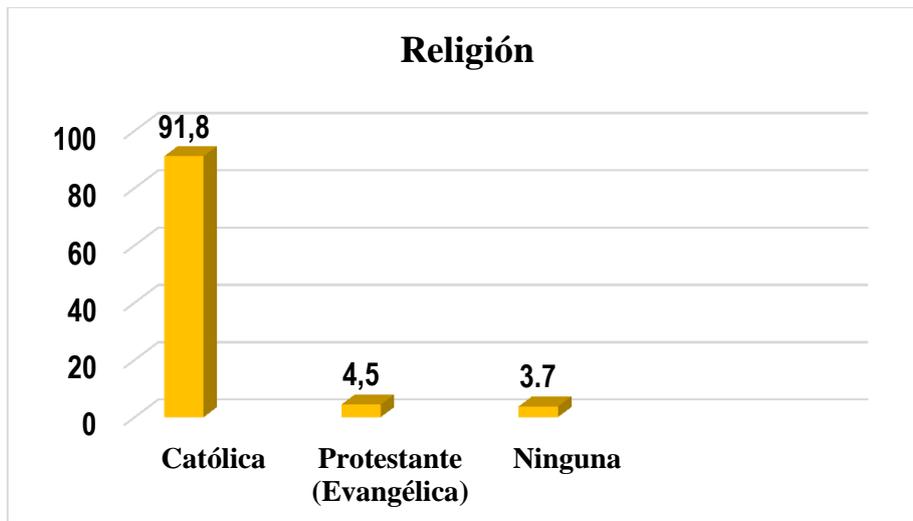
En la figura 6 se observa que solo el 10,4 % de las mujeres en estudio hizo estudios superiores, seguido del 15,6 % técnico, el 68,1 secundaria, y el 5,2 % primaria.



Fuente: Tabla 4.

Figura 7: Gráfico de barras sobre la ocupación de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Cesar Vallejo Abril- Julio 2014

En la figura 7 se observa que el mayor porcentaje de las mujeres en estudio son amas de casa, seguido de 26,6 % son empleadas profesionales, el 14,1 % son trabajadoras independientes y el 2,2% empleada obreras.



Fuente: Tabla 4.

Figura 8: Gráfico de barras la religión de las de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Cesar Vallejo Abril- Julio 2014

La figura 8 muestra que el mayor porcentaje (91,8%) de las mujeres en estudio, es de religión católica, 4,5 % son evangélicas y un 3,7 refieren otra religión.

Referencias Bibliográficas.

1. 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
2. Zenteno Castro V, Rivas Ponce J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el Hospital La Paz. Octubre 2006.5 (2): 2 – 9. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v5n2/a02v5n2.pdf>
3. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba del Papanicolaou. Revista de Salud Pública de Perú. Enero-Marzo 2007; 68 (1): 1-12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000100006&script=sci_arttext
4. Huamaní Ch, 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): 44-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311619007>
5. Ruoti M, Arrom 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; 6(2): 48-58. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v6n2/v6n2a08.pdf>
6. Seminario M, Chero D, Colorado F, Gómez S, Lamas Z, Parraguez C, Villalobos M, León F. 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>.
7. Cogollo Zuleima, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvicouterino en instituciones de salud

- pública de Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2010. 26(2): 223-231. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
8. 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>
 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 [tesis para optar al título de maestra en salud pública]. Municipio de Managua: centro de investigaciones y estudios de la salud; diciembre 2011. Disponible en <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t629/doc-contenido.pdf>
 10. Huamán C. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. Scientia. 2010; 2(2):35-42. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a04v2n2.pdf>
 11. Jaén M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada [tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud] Panamá: Universidad De Panamá; 2009. Disponible en: <http://www.sibiup.up.ac.pa/bd/captura/upload/61459994J17.pdf>
 12. Martínez M, Vázquez Sh. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz. [Tesis para optar licenciatura en enfermería] México: Universidad Veracruzana; 2010. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30085/1/MtzJimenezMdelosAyVzqzRodSheliaL.pdf>

13. Palma Flores J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores [tesis para optar al título de Licenciada en Obstetricia]. Lima; 2011. 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)
14. Escolarización del alumnado inmigrante el currículum [Seri En Internet]. [Citado 27 abril 2013]; [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible en : http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r435473/eu/contenidos/informacion/dia6/eu_2027/adjuntos/zubirik_zubi/materiales_educacion_primaria/CURRICULUMA/32_apren-coop.pdf
15. 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>
16. 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 el 30 de abril, citado el 30 de abril 2013]. Disponible en : <http://gte2.uib.es/edutec/sites/default/files/congresos/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>
17. Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Op.cit., p.15
18. Nelson F. Patología Humana .8ª edición. Chile. Editorial Elsevier. España. 2008.
19. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsal, 2ª Edición. 2010.
20. Varela S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2005; 73:131
21. Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe [serie en internet]. : Organización Panamericana de la Salud; c2012 [actualizado j u l i o 2012; citado julio 2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>

22. 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. ISSN 0378-4835
23. Resumen sobre cáncer de cuello uterino .American Cancer Society.2009 .4-7.Disponible en: www.cancer.org
24. Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. *Revista de Salud Pública* 1997; 71: 335-311.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ed.México D.F. Mcgraw-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2010.
26. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed.México: Limusa S.A.;2004
27. 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
28. Carrasco, J. Valera, L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales, Julio – Diciembre 2011. Tesis para optar el título de obstetricia. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín. 2011. Disponible en: http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_47_Binder2.pdf
29. 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>

30. 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=>
31. Festinger L. Disonancia cognitiva. [serie en internet]. Infoamérica; [actualizado 24 de junio; citado 24 de junio]. Disponible en: <http://www.wisis.ufg.edu.sv/wwwisis/documentos/TE/371.302%2081-L333r/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>
32. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. 2005; (2) 26:Pág. 22. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
33. La priorización de Cáncer en el Perú. [Página en Internet]. Lima: Oficina General de Epidemiología; ©Ministerio de Salud del Perú [Actualizado Noviembre del 2001; citado el 25 de Oct. de 2013]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_herramientas/tools08.pdf
34. Las actitudes. [Página en internet]. Ibaguè, Tolima Colombia : Revista EDU-FISICA Grupo de Investigación. C 2009. [actualizado 17 Abr 2016; citado el 17 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>

Anexos.

ENCUESTA

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

REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	CASERIO

DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)

MZ	LOTE	NÚMERO	INTERIOR	PISO	URBANIZACIÓN/SECTOR

VISITA DEL ENCUESTADOR		
FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TÉRMINO

La Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote viene realizando el estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del PJ Cesar Vallejo, distrito de Nuevo Chimbote, Provincia de Santa, motivo por el cual solicitamos tu colaboración,

para que ayudes a respondiendo las preguntas del cuestionario, la información es estrictamente confidencial. Muchas gracias por tu colaboración

**CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS**

**CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y
REPRODUCTIVAS**

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

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

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

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

<p>6) ¿Ha tenido relaciones sexuales?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	
<p>7) ¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?</p> <p>.....años.</p>	
<p>8) ¿Cuántos partos ha tenido?</p>	
<p>9) ¿Cuántos abortos ha tenido?</p>	
<p>10) ¿Con que frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuentemente 2. Ocasionalmente 3. Por ahora no tengo 4. No he tenido relaciones sexuales. 	
ACTITUDES	
<p>11) ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido en toda su vida?</p> <p>.....</p>	
<p>12) ¿Qué método anticonceptivo utiliza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Píldora combinada 2. Inyectable combinado 3. Inyectable de progestágeno 4. DIU (T Cu) 5. Preservativo 6. Ritmo/regla 7. Ninguno 	
<p>13) ¿Ha tenido usted alguna infección / enfermedad de transmisión sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	
<p>14) ¿Recibió tratamiento para dicha infección?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	

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

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

En desacuerdo

(D)

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

PRACTICAS

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

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

!!! Muchas gracias!!!!

N.º 02.

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

Sra. o señorita

Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, a través del Departamento Académico de Metodología de la Investigación, se encuentra realizando un estudio sobre conocimiento actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años en las principales ciudades del país, con el objetivo de fortalecer la prevención de complicaciones en la salud de la población femenina.

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchas otras participantes del PJ Cesar Vallejo. Por esta razón presentamos al estudiante investigador de la carrera de obstetricia de la ULADECH Católica, quien está autorizado a recolectar la información personalizada.

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

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



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

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

Atentamente,

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

Investigador: 943974547 RPM:
***852077 Oficina del Dpto. Investigación:**
(043) 327933

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

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

EXPONGO:

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

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

MANIFIESO:

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

Firma de la encuestada

DNI:

Fecha:

Encuestando a una mujer del Pueblo joven “Cesar Vallejo”



