



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE CUATRO
ASENTAMIENTOS HUMANOS-CHIMBOTE-2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

AUTORA:

EDITH ERLIZA BLAS CASTILLO

ASESORA:

MGTR. NELLY SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE - PERÚ

-2016-

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE CUATRO
ASENTAMIENTOS HUMANOS-CHIMBOTE-2014**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Carmen Aguirre Espinoza

Secretaria

Mgtr. Melva Loyola Rodríguez

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la sabiduría y salud para poder realizar este proyecto de investigación y las fuerzas necesarias y el valor para poder culminar mis estudios

A la Dirección de la Escuela de Obstetricia y a al MG, Nelly Solís Villanueva por su asesoría y apoyo incondicional durante el proceso de investigación.

A las Mujeres de los AA.HH. Víctor Raúl, la Balanza, Barrio Fiscal 5 y Manuel Arévalo, por su disposición para participar en el

DEDICATORIA

A mi Madre y Hermano por estar siempre conmigo apoyándome en todo y que son las personas más importantes en mi vida.

A Dios, el que siempre me da las fuerzas necesarias para seguir adelante.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo general**, describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou, en Mujeres en edad Fértil (MEF) de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el período Abril-Julio 2014. Para la **Metodología** se tuvo en cuenta el estudio de tipo descriptivo nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal. La Población lo constituyen 856 mujeres en edad fértil, con una muestra de 150 mujeres en edad fértil y muestreo no probabilístico. Para la recolección de la información la técnica de la encuesta, se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas para evaluar el conocimiento y una escala de Likert para las actitudes. Con respecto a los **Resultados** se encontró que el 58,7% de las mujeres conocen de manera global sobre la prueba del Papanicolaou, el 92% tienen actitudes favorables sobre la Prueba del Papanicolaou y el 55,4% tienen prácticas negativas sobre la prueba del Papanicolaou. En **Conclusión** las mujeres entrevistadas de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y la Balanza, Distrito Chimbote en su mayoría conoce los aspecto básicos de la toma del Papanicolaou y presentan actitudes favorables demostrando que las mujeres tienen predisposición para la toma de la muestra citológica sin embargo llama la atención que muestran practicas negativas.

Palabras clave: Actitudes, Conocimientos, Papanicolaou, Prácticas.

ABSTRACT

The present study had as General Object; describe the knowledge, attitudes and practices in the capture of Papanicolaou, in women in fertile age (WFE) of human Settlements Manuel Arevalo, Victor Raul, Barrio Fiscal 5 and the Balanza, in the period April – July 2014. To the Methodology was taken into account the study of descriptive type and quantitative level the simple design of an alone cabin, of cohort transversal. 427 women constitute the population in fertile age, with a sample of 150 women in fertile age and sample no probabilistic. For the compilation of the information, we use the technology of the surveys, applying a questionnaire of questions closed to evaluate the knowledge, In addition Likert's scale for the attitudes. With respect of the results we found that 58,7 % de the women know in a global way on Papanicolaou test. In conclusion: The women of the Human Settlements Manuel Arevalo, Victor Raul, Barrio Fiscal and The Balanza of the Chimbote district in the majority know the basic aspect of the capture of Papanicolaou and show favorable attitudes, however closing gaps exist in practices against the test. Although factors impeding on the achievement.

Keywords: Attitudes, Knowledge, Papanicolaou, Practices.

CONTENIDO:

1. Título de la tesis	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3. Hoja de agradecimiento	iv
4. Hoja de dedicatoria	v
5. Resumen	vi
6. Abstract	vii
7. Contenido	viii
8. Índice de Tablas	xi
9. Índice de Figuras	xii
I. Introducción	1
II. Revisión de literatura	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1 En relación al Conocimiento sobre la Toma del Papanicolaou.	6
2.1.2 En relación a la actitud sobre la Toma del Papanicolaou	8
2.1.3 En relación a la práctica sobre la Toma del Papanicolaou	11
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1 Bases teóricas del conocimiento	13
A. Modelo cooperativo participativo	14
B. Principios de una intervención educativa	15
2.2.2. Bases teóricas de la actitud	19
a) Teorías del aprendizaje	20
b) Teoría de la disonancia cognitiva	20
2.2.3. Bases teóricas de la práctica saludable	26

2.3. Marco conceptual	28
a) Cáncer del cuello uterino	28
b) Prevención primaria y secundaria	29
c) Educación la población	30
d) Frecuencia de la prueba de Papanicolaou	30
e) Requisitos para la prueba de Papanicolaou	32
f) Procedimiento de la prueba	32
2.3.2 Factores de riesgo asociados	34
A. El papiloma virus	31
B. El consumo de tabaco	32
C. Sistema inmunológico debilitado	35
D. Infección con clamidia	36
E. Píldoras Anticonceptivas	36
F. Inicio temprano de las relaciones sexuales	36
G. Números de parejas sexuales	37
H. Embarazos múltiples	37
2.3.3 Clínica del cáncer y sintomatología	38
2.3.4 Diagnóstico del cáncer del cuello uterino	39
2.3.5 El Sistema Bethesda	40
2.3.6 Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino	41
2.3.7 Modelo de nivel de salud de OMS	42
III. Metodología	44
3.1. Diseño de la investigación	44
3.2. Población y Muestra	44

-Definición de matriz operacionalización de variables	45
3.3 Técnicas e instrumento de medición	45
3.3.1 Técnica	45
3.3.2 Instrumento	45
3.3.3 Procedimientos	46
3.3.4 Plan de análisis	47
IV. Resultados	48
4.1. Resultados	48
4.2. Análisis de resultados	59
V. Conclusiones	63
Aspectos complementarios	65
Referencias bibliográficas	74
Anexos	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Conocimiento sobre la toma de la Muestra del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014	49
Tabla 2	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014	51
Tabla 3	Practica frente a la toma de Papanicolaou por reactivos en mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014	53
Tabla 4	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014	54
Tabla 5	Características sexuales reproductivas en mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014	56

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Gráfico circular del conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014. 50
- Figura 2 Gráfico circular de la actitud global sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres en edad fértil los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014. 50
- Figura 3 Gráfico circular de la práctica global sobre el Papanicolaou en mujeres en edad fértil los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza - Distrito de Chimbote, 2014. 52

I. Introducción

El desconocimiento la actitud negativa y las prácticas inadecuadas sobre la prueba del Papanicolaou, han contribuido a que el cáncer de cuello uterino sea uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y prácticamente todos los casos están relacionados con la infección genital por Papiloma Virus Humano (PHV) ⁽¹⁾. En el Perú, ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 6800 casos entre 2000 y 2004 ⁽²⁾. La mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido considerablemente en los últimos 50 años debido a las actividades de prevención y la promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou (PAP), elegida por la facilidad de la toma de muestra y bajo costo. Sin embargo, los principales factores de riesgo asociados se mantienen, siendo estos la promiscuidad sexual, un nivel socioeconómico bajo, el desinterés de la población cuando se trata de promover y prevenir sobre los estilos de vida saludable y el autocuidado y el más importante, la infección por Virus de Papiloma Humano (VPH)⁽³⁾

Está demostrado que un mayor nivel de conocimientos está relacionado con una mayor probabilidad de uso del PAP y con ello a un diagnóstico precoz; sin embargo, los estudios realizados en el Distrito de Chimbote, las mujeres no realizan buenos estilos de vida saludable, registrándose así nuevos casos de cáncer cada

año .Es una 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 de Los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fisca 5 y la Balanza ubicados en el Distrito de Chimbote Provincia del Santa no son ajenas a la situación problemática, estos Asentamientos Humanos cuenta con una población de 856 mujeres en edad fértil (MEF) con características innatas y socio culturales de la zona costera donde abunda la peligrosidad y la delincuencia, ya que está catalogado como zona roja, dichas mujeres generalmente se dedican al comercio independiente, otras son trabajadoras del hogar y por el horario de trabajo postergan la atención de los servicios de salud, así mismo tienden a ser pudorosas, lo cual dificulta los procedimientos obstétricos en favor de su salud reproductiva.

Otra característica que afecta a esta población es el machismo presente en ambos géneros. Sin embargo el acceder a un servicio de salud no es muy aceptado por lo que lleva a bajas coberturas y elevados indicadores negativos de salud, además de las actitudes desfavorables y prácticas negativas frente al cuidado de su salud sexual y reproductiva, al 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. Situación que lleva a plantear la siguiente interrogante **¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil (MEF) de los AA.HH, Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza, en el período Abril- Julio 2014.** Para dar respuesta al problema, se ha planteado el objetivo general: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil de los AA.HH, Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza, en el Distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.

Así mismo para conseguir el objetivo general se han planteado 6 objetivos específicos. (1) Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou en las mujeres en estudio (2) Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou. (3) Identificar la actitud global frente a la toma del Papanicolaou. (4) 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 (5) Describir 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. Finalmente se pretende (6) Describir las características Socio demográficas, Sexuales y Reproductivas en mujeres en estudio.

Finalmente, la investigación se justifica por abordar en forma directa uno de los componentes más importantes y efectivos en la problemática del cáncer del cuello uterino, como son las Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo y / o medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud. Así también permitirá contar con información clave e identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, la misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando un cambio en su actitud y prácticas en favor de la salud sexual y reproductiva de la población femenina, desde ya, la contribución teórica se centra en la ausencia de investigaciones locales sobre el tema, lo que exige la declaración de bases conceptuales y /o constructos que guiarán el trabajo del obstetra.

La metodología se centra en un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo de cohorte transversal. La población la constituyen las mujeres en edad fértil que cumplan con los criterios de inclusión: Mujeres residentes en los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza, en el período Abril- Julio 2014 en el distrito de Chimbote, que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio. Están excluidas mujeres gestantes, mujeres que rechacen participar en el estudio, mujeres con capacidades diferentes y mujeres con morbilidad mental. Los resultados de la investigación se presentan en tres capítulos, el primer capítulo aborda el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou con sus 6 reactivos.

El segundo capítulo presenta la actitud global de las mujeres en estudio, con sus ocho reactivos, donde se evidencia que la mayoría de las mujeres tienen una actitud favorable frente a la prueba y finalmente se presentará la práctica global con sus seis reactivos estudiados, donde se muestra que las mujeres tienen prácticas negativas frente a la prueba. Finalmente se concluye que la mayoría de las mujeres tienen conocimiento sobre esta prueba citológica, seguido de una actitud favorable y prácticas negativas, poniendo en evidencia que las mujeres de los Asentamientos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza, no están totalmente sensibilizadas para realizarse el examen del Papanicolaou como una acción preventiva para descartar el cáncer de cérvix y las probabilidades que este test se convierta en un estilo de vida.

II. Revisión de literatura

2.1. Antecedentes:

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

Revisiones realizadas a nivel internacional se encontraron a **Cogollo, Z** ⁽⁶⁾ en el año 2010, en su investigación a las Mujeres de Barranquilla – Colombia, encontró que el 58% de mujeres, tienen un bajo nivel de conocimiento sobre citología vaginal, a diferencia del 42% quien refiere conocer sobre el tema. Dentro del bajo porcentaje de las que tienen conocimiento sobre el PAP, el 37% respondió que se toma en el cuello del útero, y el 23% considera que la muestra se toma en la zona vaginal, Así mismo, el 21% de las mujeres respondió que el propósito de la prueba es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que detecta cáncer ginecológico.

Asimismo **Tenorio, I** ⁽⁷⁾ 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% respondieron que la prueba sirve como método diagnóstico para la detección de cáncer cérvico-uterino, mientras un 41,3% no conocen la utilidad de la prueba, un

74% saben que la prueba no se debe realizar durante el periodo menstrual .Por otro lado el 40% refiere que la abstinencia sexual debe ser 48 horas previa a la realización de la prueba , mientras que un importante el 60% no sabían esta condición .

Ya en el año 2011, **Figueroa. N** ⁽⁸⁾ obtuvo como resultado: Que el 83.3% de las mujeres encuestadas respondieron correctamente acerca de lo que es el examen de citología vaginal; sólo el 16.7% manifestaron no saber asociándolo a otro tipo de examen. En relación al lugar de donde se toma la muestra para el PAP, el 45.3% conocen el lugar para la toma de la muestra en contraste con el 42% que mencionó la vagina como el sitio para la toma de ésta y aproximadamente el 11.3% manifestó no saber. En cuanto al conocimiento que tienen sobre la utilidad de la prueba, aproximadamente el 33,3% refirieron que sirve para detectar tempranamente el cáncer de cuello, el 24,8% para detectar alguna enfermedad, inflamación o infección y el 13,9% para la detección general del cáncer.

Estudios realizados a nivel nacional, se encuentran a **Seminario, P et al** ⁽⁹⁾, en el año 2010 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 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”. Al mismo tiempo, **Huamaní, C et al** ⁽¹⁰⁾, en una comunidad de Lima, con una muestra total de 515 mujeres con edad promedio de 27 años. Los principales resultados obtenidos fueron: sobre el conocimiento del PAP se consideró como alto en el 22.7%; el 64.8% sabía en qué consistía la toma del PAP y el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de PAP.

Ya por el año 2011, **Carrasco, J y Valera, L** ⁽¹¹⁾, 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.

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

Los estudios a nivel internacional revelan resultados importantes, **Jaén** ⁽¹²⁾ en la ciudad de la Pintada –Panamá, en el año 2009, encontró que la actitud hacia esta prueba no fue favorable. Las razones señaladas para que las mujeres no se tomen la prueba se relaciona con el tiempo en la entrega de los

resultados, las otras fueron de índole personal, causando desagrado, ansiedad y por falta de tiempo. Un año después, **Cogollo. Z** ⁽⁶⁾, en su investigación en instituciones de salud pública de primer nivel de Cartagena – Colombia 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** ⁽¹³⁾ en Veracruz - México, encontrándose que el 91,4% de las mujeres estudiadas presentan actitud positiva ante la toma del Papanicolaou. Sin embargo es importante resaltar que en éste estudio no se encontró actitud negativa puesto que el resto de la población 8,6% presenta actitud indiferente hacia el PAP, lo que representa que esta parte de la población se encuentra en riesgo de adoptar una actitudes favorables. Como dato significativo, se encontró que la mayoría de las femeninas estudiadas, 74,3%, está muy de acuerdo en realizarse el Papanicolaou y sólo el 1,4% se encuentra indeciso para realizársela, pese a la negativa de la pareja.

Por otro lado los estudios realizados a nivel nacional, se hace relevante mencionar a **Seminario, P et al** ⁽⁹⁾ en el año 2011, obtuvo resultados que 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% de mujeres, refirió “sentirse dispuesta”, mientras que 22,4% refirió “sentirse preocupada”, 16,4% “incomoda” y 13,8% “avergonzada”.

Por otro lado **Huamaní, C et al** ⁽¹⁰⁾, en el año 2007, realizó una investigación en una comunidad de Lima, sobre la actitud frente a la toma del PAP en MEF, reportando que el 81,3% tiende a mostrar actitudes positivas, mientras que el 18,7%, tiene una actitud negativa, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP, así como a un menor nivel educativo, conducta inadecuada frente al PAP y haber tenido más de dos parejas sexuales.

Así mismo **Bazán, F .et al**, ⁽¹⁶⁾ en el mismo año, en el Hospital Nacional Docente Madre–Niño San Bartolomé encontró que solo el 34% de las MEF refirieron sentirse dispuestas a la solicitud de la prueba del PAP, mientras que el 66% de la población ostentaba una actitud desfavorable. Un año más tarde **Huamán C** ⁽¹⁷⁾ en su investigación en mujeres trujillanas, evidenció un 15,4% de actitud desfavorable hacia la prueba citológica vaginal, y un 86.4% actitudes favorables.

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

En el año 2011, **Tenorio, I** ⁽⁷⁾, 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 el examen porque produce dolor.

En ese mismo año **Figuroa, N** ⁽⁸⁾, encontró que el 83.3% de la población ha practicado la citología vaginal; esta práctica se relaciona en un periodo de tiempo determinado donde el 36% lo hace anual y el 27,3%, cada seis meses; en contraste con el 36,7% de las mujeres encuestadas que respondieron periodos de tiempo más largos o no habérsela realizado nunca. Las razones por la cual las mujeres encuestadas se realizan la citología vaginal son por

iniciativa propia 48,8% e indicación médica 48% aproximadamente; solo el 3,2% lo hizo por sugerencia de un tercero. De estas solo el 85,6% reclamaron los resultados y el 87,9% de las mismas solicitaron explicaciones al personal asistencial en relación al reporte del examen. Así mismo; **Cogollo**⁽⁶⁾ observó que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta.

Por su parte, **Palma**⁽¹⁸⁾ en el año 2011, el 84,9% de las entrevistadas refirieron realizarse el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se 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 otro lado **Seminario, P et al**⁽⁹⁾ en el mismo año, obtuvo como resultados que las prácticas que asumen las mujeres frente a la toma del PAP, un 44% 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.

2.2 Bases Teóricas.

2.2.1 Bases teóricas del conocimiento

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 a una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre- saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como: Noción, ciencia, sabiduría, Entendimiento, inteligencia y razón natural.⁽¹⁹⁾ Según la literatura revisada el conocimiento tiene tres características básicas:

El conocimiento es personal, en el sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal 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” los fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia.⁽¹⁹⁾ 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. ⁽¹⁴⁾ 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. ⁽²⁴⁾

A. Modelo de aprendizaje Cooperativo Participativo.

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

Para que una situación sea trabajo cooperativo hace falta que exista un objetivo común a través de cual el grupo se vea recompensado por sus esfuerzos. Un grupo cooperativo tiene un sentido de responsabilidad individual lo cual significa que todo el mundo es partícipe de tarea propia y de la de los demás, y se implica en ésta entendiendo que su trabajo es imprescindible para el éxito del grupo.⁽¹⁹⁾

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

B. Principios de una intervención educativa

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

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

- **Responsabilidad personal individual.**

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

- **Destrezas interpersonales y habilidades sociales**

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

- **Autoevaluación frecuente del funcionamiento del grupo.**

Lo mismo que la evaluación es un elemento consustancial de la práctica docente, también lo es de cualquier proceso educativo del que se quiere aprender para lograr de manera eficaz los objetivos que se han previsto ⁽²⁷⁾.

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. ⁽¹⁹⁾

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. ⁽¹⁹⁾

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 ⁽²²⁾.

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"⁽¹³⁾.

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 (22).

Según **Schöenfeld** (1987) una hipótesis básica subyacente de los trabajos en ciencia cognitiva es que las estructuras mentales y los procesos cognitivos son extremadamente ricos y complejos, pero que tales estructuras pueden ser comprendidas y que esta comprensión ayudará a conocer mejor los modos en los que el pensamiento y el aprendizaje tienen lugar. (22)

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. (23)

a).-Teorías del aprendizaje.

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender información nueva, aprendemos sentimientos, pensamientos y acciones que están en relación con ella. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje <depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos> ^(24, 25)

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. ^(24, 25)

c) Perspectiva de la actitud

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También se define como las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. ⁽²⁶⁾

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente

cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual) ^(24,25).

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 ^(24, 25)

d) Tipos de Actitud

❖ Actitud Emotiva

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, Que van unidas a una actitud de benevolencia ⁽²⁷⁾

❖ **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. ⁽²⁷⁾

❖ **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. ⁽²⁷⁾

❖ **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. ⁽²⁹⁾

❖ **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 ⁽²⁷⁾

e) La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud

La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social; cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa ⁽²⁸⁾. Las actitudes dependen, en gran medida, de las convicciones importantes o centrales que tiene una persona y, bajo determinadas condiciones, predicen sus conductas. De ahí que las actitudes de una persona tengan relación con sus valores y comportamientos.

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

- **LA AUTENTICIDAD**

Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior.⁽²⁸⁾

- **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. 199r. Hay que adquirir hábitos positivos mediante la repetición de conductas, que van inclinando la balanza hacia comportamientos mejores.⁽²⁰⁾

- **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. ⁽²⁸⁾

- **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. ⁽²⁸⁾

2.2.3 Bases teóricas de la Práctica saludable.

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 ⁽³⁰⁾

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.

2.3. Marco Conceptual

Aspectos conceptuales pertinentes

2.3.1 Cáncer del cuello uterino

El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intraepiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial (CIN) los cuales empiezan con displasia leve, llamada CIN I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio. En el CIN II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y de la cromatina. El CIN III no se diferencia mucho del anterior este está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anómalas; estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración ^(31, 32)

2.3.2 Prevención primaria y secundaria

Prevención Primaria

Las principales medidas descritas para prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por virus papiloma humano (VPH)⁽³³⁾

- Inmunización contra el Virus Papiloma Humano

La vacuna previene la infección de dos de los genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer. Su utilización se recomienda en población femenina. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente.⁽³³⁾

• 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.⁽²³⁾ 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 cérvix³³.

- **Educación a la población**

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la aparición del cáncer cérvico uterino y de sus factores, 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 de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje. ⁽³³⁾

- **Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou**

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras de PAP debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años. Mientras que las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad

sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso ⁽³⁴⁾

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). ⁽³⁴⁾

- **Requisitos para la Prueba de Papanicolaou:**

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

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

- **Procedimiento de la prueba**

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos: (35)

- 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 exocérvix, zona de transformación y endocérvix 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. ⁽³⁵⁾

2.3.2 Factores de riesgo asociados

A. El papiloma Virus Humano

Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras.

La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. – Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe.^(36,37) La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix. Los factores determinantes que se conocen para que esta progresión ocurra, son: tipo viral, persistencia de la infección en exámenes repetidos y carga viral por unidad celular (probable).

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. ⁽³⁸⁾

C. Sistema inmunológicos debilitados

El VIH (*virus de inmunodeficiencia humana* o HIV por sus siglas en inglés), es el virus que causa SIDA y no es lo mismo que el VPH. Las mujeres infectadas con VIH tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino. La infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH y los tumores cancerosos en sus primeras etapas. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune o aquellas que se han sometido a un trasplante de órgano. ⁽³⁸⁾

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. ⁽³⁸⁾

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. Hable con su médico sobre las ventajas y las desventajas de las píldoras anticonceptivas en su caso. ⁽³⁸⁾

- 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 cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.⁽³⁴⁾

- 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.⁽³⁴⁾

- 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 que aquellas que

se han embarazado menos de tres veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano.⁽³⁴⁾

2.3.3 Clínica del cáncer y sintomatología

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales. Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto.⁽²³⁾

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. (23)

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 anatómomo patólogo. Para el diagnóstico se realiza:

- **Colposcopia:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente. (33)
- **Biopsia exocervical y/o endocervicales:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico. (28)
- **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. (33)

- **Conización Cervical:** En los casos que se sospeche un micro invasión o disociación colpo-citohistológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas. ⁽³³⁾

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. ⁽³⁹⁾

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

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

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

Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el Papiloma Virus Humano es un organismo difusamente encontrados en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cérvico uterino. 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. ⁽³⁴⁾

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. ⁽³⁴⁾

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

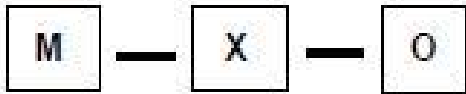
los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

III. Metodología

3.1. Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo nivel cuantitativo ⁽⁴⁰⁾ de diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal ⁽⁴¹⁾.

Esquema:



Dónde:

M: Mujeres en Edad Fértil

X: Conocimiento, actitud y Prácticas

O: representa lo que se observa

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituido por 856 mujeres en edad fértil. La muestra fue seleccionada según muestreo no probabilística se utilizó la fórmula de proporción poblacional, constituida por 150 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.

➤ **Criterios de Inclusión**

- Mujer residente de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y la Balanza, Distrito Chimbote.
- Mujeres que se encuentren entre 15 a 49 años de edad al momento del estudio.
- Mujeres mayores o igual a 15 años o menor o igual de 49 años.
- Mujeres que hayan aceptado participar en el estudio.

➤ **Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que rechacen participar en el estudio.
- Mujeres que estén con la enfermedad
- Mujeres con trastornos mentales.

➤ **Definición de operacionalización de variables**

Ver matriz de operacionalización (cuadro 1)

Cuadro 1

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

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

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

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Actitud	Conjunto de opiniones, sentimientos y tendencias que predisponen de determinada forma a la mujer a determinadas	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 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
			<ul style="list-style-type: none"> Rutinariamente. 			
		Verificación de resultados.	<ul style="list-style-type: none"> Interés por recoger el resultado. Interés por el conocimiento detallado de los resultados. 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable

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

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

3.3. Técnicas e instrumentos de medición

3.3.1. Técnica

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

3.3.2. Instrumentos

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el **cuestionario de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou** (anexo 3) adaptado y validado por la docente investigadora de la escuela de obstetricia, la mismo que está compuesto por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde la respuestas tienen un puntaje de 1 para la respuesta correcta y 0 para la incorrecta; para medir las actitudes se aplicara el Test de escala tipo Likert denominado **Test de actitudes frente a la toma del Papanicolaou** conformada por 8 preguntas con respuestas según las siguientes escalas, De acuerdo (A) con un puntaje de 5; Parcialmente de acuerdo (PA) con un puntaje de 4, Indiferente (I) , con un puntaje de 3, Parcialmente en desacuerdo (PD) ,con puntaje de 2; En desacuerdo (D)con puntaje de 1, que luego fueron agrupadas para facilitar la interpretación en dos escalas favorables (A , PA) y desfavorables (PD, D, I) .

Para identificar las prácticas sobre 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 programado iniciando por el reconocimiento de la zona y coordinación con los informantes claves de la zona de investigación, luego se entregó previa a la encuesta al participante el formulario con los cuestionarios y la escala, brindando información sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responder anónimamente. La encuesta se realizó en su propia casa sin la presencia de otras personas que pudieran afectar la información recolectada.

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

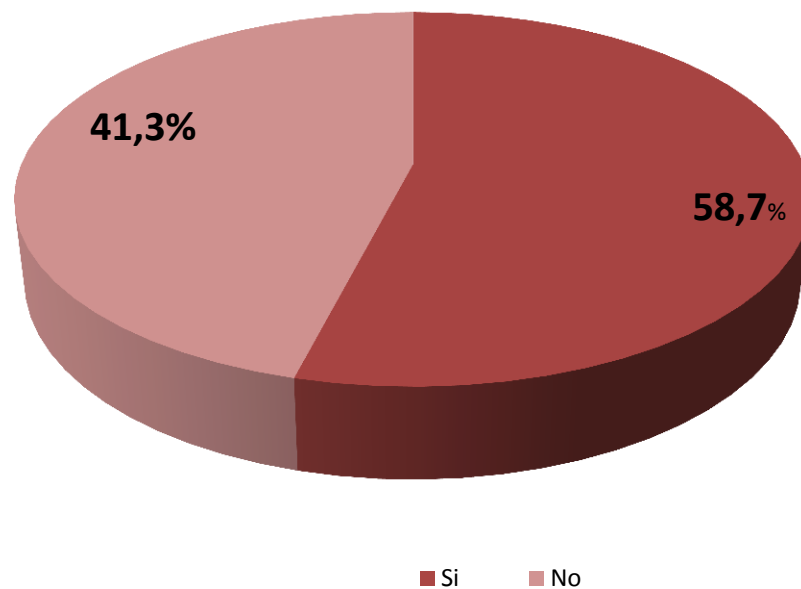
- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre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

3.4. 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 utilizará estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.

IV. Resultados

4.1. Resultados:



Fuente: tabla 6

Figura 1. Gráfico circular del Conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil, de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014

La figura 1 hace evidente, que el 58,7% de las mujeres entrevistadas conoce acerca del examen citológico, mientras que el 41,3% respondió erróneamente a los seis reactivos explorados como: *qué es la prueba del Papanicolaou, lugar de toma de la muestra, para qué sirve, importancia de la prueba, casos en que no se toma la muestra y frecuencia de la toma del Papanicolaou.*

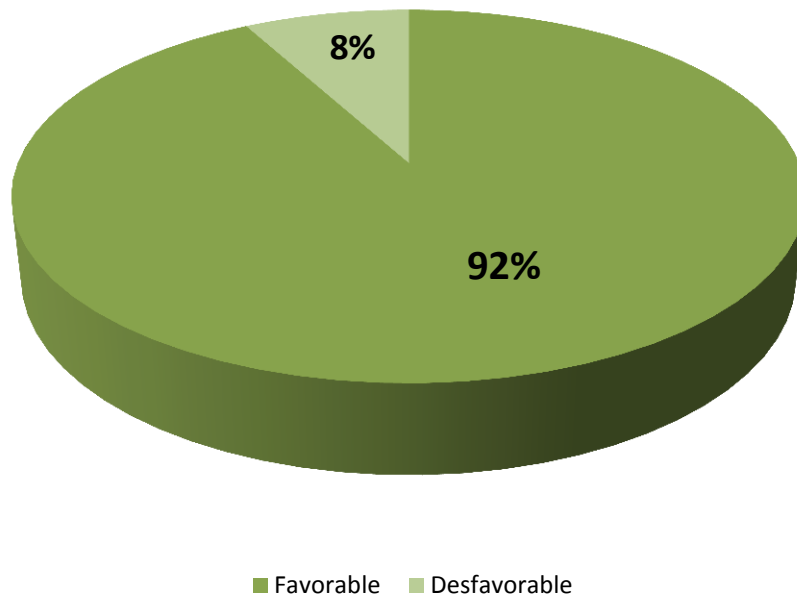
Tabla 1

Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014.

Reactivos	Conoce		No conoce	
	N	%	n	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	128	85,3	22	14,6
2. Lugar de la toma de muestra	78	52,0	72	48,0
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	119	79,3	31	20,6
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	92	61,3	58	38,6
5. Casos en que no se toma la muestra	96	64,0	54	36,0
6. Frecuencia de la toma de muestra	146	97,3	4	2,6

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante los meses Abril-Julio 2014.

La tabla 1 hace evidente que un porcentaje de 48% del colectivo entrevistado desconoce las condiciones que debe tener una mujer para tomarse la muestra del Papanicolaou , seguida del 38,6% que no saben la importancia que tiene la prueba y un 36% manifestó no conocer los casos en que se debe tomar la muestra. Sin embargo El 97,3% respondió acertadamente en cuanto a la frecuencia en que se debe realizar la muestra que es anual, el 85,3% saben que la prueba del Papanicolaou es un examen de cuello uterino y un 79,3% saben que la prueba sirve para descartar cáncer de cuello uterino.



Fuente: Tabla 7

Figura 2. Gráfico circular de la Actitud global hacia la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014.

La figura 2 hace evidente que del colectivo entrevistado el 8,0% refiere tener una actitud desfavorable sin embargo el 92,0% de las mujeres tienen una actitud favorable para realizase la prueba.

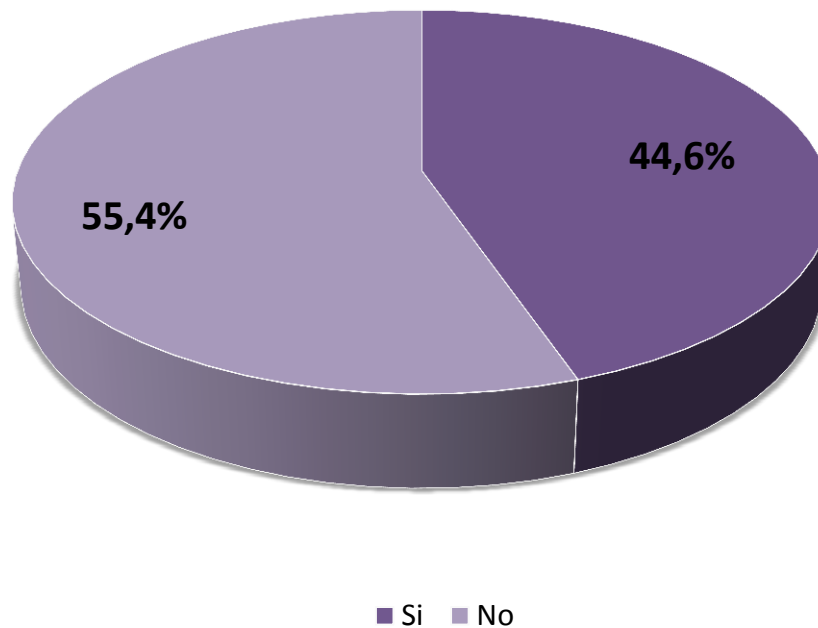
Tabla 2

*Actitud por reactivo sobre Papanicolaou de las mujeres en edad fértil de los AA.HH
Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote 2014*

REACTIVOS	Desfavorable		Favorable	
	N	%	n	%
1. Disponibilidad para la realización de Toma de PAP	22	14,6	128	85,3
2. El examen debe hacerse si el médico lo solicita	32	21,3	118	78,6
3. El material que se utiliza no es un obstáculo	71	47,4	79	52,6
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años	5	3,3	145	96,7
5. Importancia de la prueba para detectar cáncer a tiempo	11	7,4	139	98,7
6. Siempre solicita los resultados de la prueba	11	7,3	139	98,7
7. Importancia de la explicación de los resultados	6	4,0	144	96,0
8. Disponibilidad sobre la lectura de los resultados	12	8,0	138	92,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante el periodo Abril-Julio 2014.

La tabla 2 hace evidente que la gran mayoría de la población entrevistada tiene actitudes favorables sobre la toma del Papanicolaou, donde un 98,7 % de mujeres considera que la prueba del Papanicolaou es importante realizarse periódicamente para poder detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino, un 96,7 % considera que es necesario realizarse el PAP todos los años y un 96,0% creen que es necesario que el medico explique los resultados del PAP. Sin embargo un 47,4% considera que el material que se utiliza para realizarse el PAP es un obstáculo para realizarse la prueba, seguida de un 21,4 % que creen que el examen debe hacerse solo si el médico lo solicita.



Fuente: Tabla 8

Figura 3. Gráfico circular de las práctica frente a la toma del Papanicolaou de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014.

La figura 3 hace evidente que solo el 44,6% tiene una práctica positiva para el autocuidado de la salud mientras que el 55,4% de mujeres asume una práctica negativa frente a la prueba del PAP

Tabla 3

*Práctica frente a la toma de Papanicolaou por reactivos de las mujeres de los AA.HH
Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014*

Prácticas	Si		No	
	N	%	n	%
▪ Practica la prueba del Papanicolaou	135	90,0	15	10,0
▪ Se practicó la prueba en el año en estudio	68	45,3	82	54,7
▪ Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	96	64,0	54	36,0
▪ Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	83	55,3	67	44,6
▪ Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	131	87,3	19	12,6
▪ Solicita información sobre el resultados de la prueba	131	87,3	19	12,6

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante los meses Abril-Julio 2014.

La tabla 3 hace evidente que un 54,7 % de las mujeres refieren que no se practican la prueba en el año en estudio, un 44,6 % refieren que no practican la prueba del PAP por iniciativa propia si no que lo hacen por sugerencia de otra persona y un 36,0% respondieron que se realizan el PAP ocasionalmente y no anualmente como está establecido. Sin embargo un 90,0% manifiesta que sí se han realizado el Papanicolaou en su vida y un 87,3% refieren que sí reclaman sus resultados de la prueba y así mismo solicitan información con respecto a sus resultados.

Tabla 4

Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel

Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014.

Edad (años)	N	%
De 14 a 19	8	5,3
De 20 a 24	24	16,0
De 25 a 29	24	16,0
De 30 a más	94	62,7
Total	150	100,0

Estado civil	N	%
Soltera	41	27,3
Casada	55	36,6
Conviviente	47	31,3
Viuda	4	2,6
Divorciada	3	2
Total	150	100,0

Nivel de escolaridad	N	%
No estudia	3	2,0
Primaria	27	18,0
Secundaria	85	56,6
Técnica	14	9,3
Superior	21	14,0
Total	150	100,0

Ocupación actual	N	%
Ama de casa	90	60,0
Empleada –obrero	5	3,3
Empleada- profesional	15	10,0
Trabajador independiente	36	24,0
Agricultora	4	2,6
Total	150	100,0

Religión que profesa	N	%
Católica	124	82,6
Protestante (evangélica)	15	10,0
Otra	5	3,3
Ninguna	6	4,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante el periodo Abril-Julio 2014.

La tabla 4 hace evidente las características sociodemográficas, observando que la edad del colectivo entrevistado son el 62,7% mayores de 30 años, un 36,6% son casadas, 31,3 % son convivientes y un 27,3 % son solteras .Así mismo se evidencia que el 56,6% estudiaron secundaria. Con respecto a la ocupación, el 60% son ama de casa, la religión que profesa la mayoría es católica con un 82,6 %.

Tabla 5

Características sexuales reproductivas de las de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014.

Tuvo relaciones sexuales	N	%
Si	150	100,0
No	0	0
Total	150	100,0

Edad de inicio de relaciones sexuales	N	%
14 a 19	101	67,3
20 a 24	42	28,0
25 a 29	6	4,0
30 a más	1	0,6
No tuvo relaciones sexuales	0	0
Total	150	100,0

Número de partos	N	%
Ningún parto	32	21,3
Primípara	42	28,0
Múltipara	68	45,3
Gran múltipara	8	5,3
Total	150	100,0

Número de abortos	N	%
0	108	72,0
1	38	25,3
2	4	2,7
Total	150	100,0

Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente	N	%
Frecuentemente	53	35,3
Ocasionalmente	62	41,3
Por ahora no tengo	34	22,6
No he tenido relaciones sexuales	1	0,6
Total	150	100,0

Número de compañeros sexuales durante toda su vida	N	%
Ninguno	0	0
1 a 2	136	90,6
3 a 4	9	6
5 a más	5	3,3
Total	150	100,0

Método anticonceptivo que utiliza	N	%
Píldora combinada	23	15,3
Inyectable combinado	40	26,6
Inyectable de progestágeno	2	1,3
DIU (T Cu)	16	10,6
Preservativo	17	11,3
Ritmo/regla	2	1,3
Ninguno	50	33,3
Total	150	100,0

Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual	N	%
Si	9	6,0
No	141	94,0
Total	150	100,0

Recibió tratamiento por dicha infección	N	%
Si	9	6,0
No	141	94,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante los meses Abril-Julio 2014.

La tabla 8 hace evidente que la mayoría de las mujeres encuestadas iniciaron la actividad sexual de entre 14 a 19 años con un 67,3% y un 28% lo hicieron a los 20-24 años. Del mismo modo la frecuencia de las relaciones sexuales lo realizan ocasionalmente un 54,3% y frecuentemente encontramos en un 35,3%. Además evidencia un porcentaje importante donde refiere que el 90,6% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 45,3% son multíparas y el 28% son primíparas y 21,3% no han tenido ningún parto. Mientras el 28% sufrió 1 a 2 abortos, y un 72% no tuvo ningún aborto. Con respecto a los métodos anticonceptivos se evidenció que el 33,3 % de las mujeres no usa ningún método anticonceptivo, del mismo modo en un 26,6% se usa inyectable combinado. El 94% no tuvo ninguna ITS a comparación al 6% que si tuvo, las cuales si recibieron tratamiento.

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El conocimiento es personal y se define como un conjunto de ideas, conceptos y enunciados que resulta de la propia experiencia vivida, y reside en las personas. Teoría que está presente en los resultados del estudio donde se evidencia que el 58,7% del colectivo entrevistado si tienen conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou como aspecto importante en la prevención del cáncer de cérvix, sin embargo es preocupante que un 41,3% de mujeres no conocen, generando así una brecha con respecto al conocimiento.

Resultados similares reportado por **Ruoti M, et al** en el año 2008, en el departamento de Alto Paraná, Paraguay. El presente estudio refleja que el 66.3% de las mujeres encuestadas tienen un alto porcentaje de conocimiento sobre el PAP. Al analizar los reactivos explorados se evidencia que las mujeres si conocen lo que es la prueba del Papanicolaou, saben para que sirve y la frecuencia con la que una mujer debe tomarse (85,3%, 79,3%, 97,3). Estos resultados difieren al estudio realizado por **Figueroa. N** en el año 2010, donde se hace mención al nivel de conocimientos sobre la citología, aproximadamente el 83.3% de las mujeres encuestadas respondieron adecuadamente acerca del examen de citología vaginal; solo el 16.7% manifestaron no saber o asociarlo a otro tipo de examen.

Esta similitud estaría dada por las condiciones y características socio culturales y sociodemográficas presentes en ambos grupos de estudio, así mismo la presencia del machismo es fundamental en las decisiones de la mujer que lejos de ayudar al cuidado de su salud, las conlleva a postergarse como mujeres, cabe resaltar que muchas de las mujeres entrevistadas viven en zonas peligrosas de delincuencia convirtiéndose en una barrera cultural que impide la posibilidad de desarrollo integral de las mujeres.

La actitud es una predisposición aprendida no innata y se establece aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable. Resultados que muestran que un 92% tienen actitudes favorables frente a la prueba y tan solo el 8% tiene una actitud indiferente. Resultados semejantes al estudio de Martínez y Vázquez (2010) donde se evidencia que el 91.4% presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% actitud indiferente. Del mismo modo en el estudio de **Huamani. C** (2010) en mujeres trujillanas evidenció que 81,3% tienden a mostrar actitudes positivas, mientras que el 18,7% tiene una actitud negativa.

Se infiere entonces que la actitud de las mujeres en estudio es favorable tanto globalmente como en los reactivos explorados, lo que indicaría que la actitud va en relación con los sentimientos y conductas para que las mujeres tengan predisposición a responder de manera favorable. Es importante mencionar también los reactivos menos conocidos por las mujeres, como el 47,4%, considera que el material que se utiliza para la prueba es un obstáculo para la realización generando así una barrera para que las mujeres posterguen la realización de la prueba.

La práctica se refiere sólo a la actividad intencional y no a acciones instintivas o inconscientes siendo una forma de vida característica dedicada a la búsqueda del bien humano. Para otros teóricos la práctica está influenciada, por la cultura, actitudes, emociones, valores de la persona, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación y la persuasión; generándose que la persona responda a un estímulo. Al explorar la práctica sobre toma de Papanicolaou de las mujeres de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio fiscal 5 y la balanza demuestran que el 55,3% de las mujeres no practica la prueba seguido de un grupo casi equitativo de 44,6% que sí practican. Sin embargo al explorar al interior de los reactivos encontramos que el 54,7% de las mujeres no se practicó esta prueba durante el año de estudio, no se realizan la prueba anualmente como debería de ser y no tienen iniciativa propia para realizarse el examen.

Estudio similar encontrado por **Cogollo .Z** donde se observó que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta, igualmente **Tenorio, I.** investigó las razones principales por las cuales las mujeres no se han practicado la prueba de Papanicolaou, encontrándose que un 24.3% refieren que sienten vergüenza, otro 24.3% refieren que sienten miedo a la prueba, un 16.2% también respondieron que por descuido, un 13.5% de la mujeres entrevistadas refieren que no se lo realizan con personal del sexo masculino, un 8.1% refieren que por falta de interés y otro 8.1% por miedo a los resultados , un 5.4% refiere que no se realizan la prueba porque produce dolor.

Los resultados señalados generan mayor interés puesto que el conocimiento y la actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou que demuestran las mujeres en estudio, nos hace pensar que las prácticas serían también positivas, sin embargo no sucede así en las mujeres de dichos Asentamientos Humanos que no tenían prácticas saludables, de allí que si nos ceñimos a la teoría del conductismo humano que refiere que el comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo - respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias, esto quiere decir que estaríamos frente a un buen estímulo pero la respuesta no es adecuada. Además de que algunas mujeres entrevistadas señalaron que no practican la prueba por vergüenza a mostrar su cuerpo y por temor a los materiales que se utilizan para el examen.

V. CONCLUSIONES

1.- Las mujeres en estudio presentan conocimiento global (58,7%) acerca de la prueba del Papanicolaou, indicando que las brechas más importantes están en los reactivos explorados, donde se evidencia que el colectivo entrevistado desconoce las condiciones que debe tener una mujer para tomarse la muestra del Papanicolaou, no saben la importancia que tiene la prueba y no conocen los casos en que no se debe tomar la muestra.

2.-En cuanto a la actitud la mayoría de las mujeres responden favorablemente (92%) frente a la prueba de Papanicolaou, en cuanto a los reactivos menos conocidos .las mujeres consideran que el material a utiliza para realizarse el PAP es un obstáculo para realizarse la prueba y creen que el examen deben realizarse solo si el médico lo solicita.

3.- Con respecto a las prácticas las mujeres no practican la prueba del Papanicolaou (55,4 %) y el 44,6% cumple con el autocuidado de su salud, poniendo en manifiesto que las causas de la no realización es el temor, vergüenza que tienen la población femenina.

4.- Según las características sociodemográficas, las mujeres son mayores de 30 años sexualmente activas, casadas, grado de instrucción hasta la secundaria, ama de casa y de religión católica. Las respuestas frente a las características sexuales, es que iniciaron su actividad sexual de entre 14 a 19 años y tuvieron de 1 a 2 compañeros sexuales.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS:

Tabla 6

Conocimiento global sobre Papanicolaou de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014

Conoce	N	%
Si	88	58,7
No	62	41,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante los meses Abril-Julio 2014.

Tabla 7

Actitud global sobre la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014

Actitud	N	%
Favorable	138	92,0
Desfavorable	12	8,0
Total	150	100,0

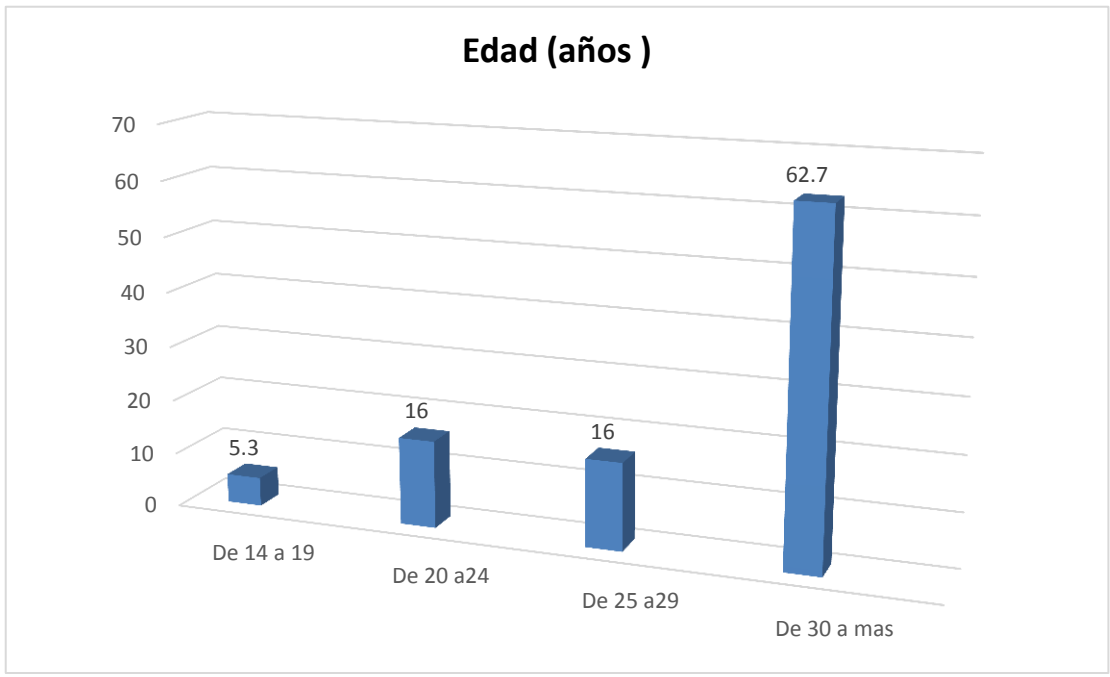
Fuente: Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas hacia el PAP aplicada a mujeres de 14 a 49 años de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante los meses Abril-Julio 2014.

Tabla 8:

Practica global sobre la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014

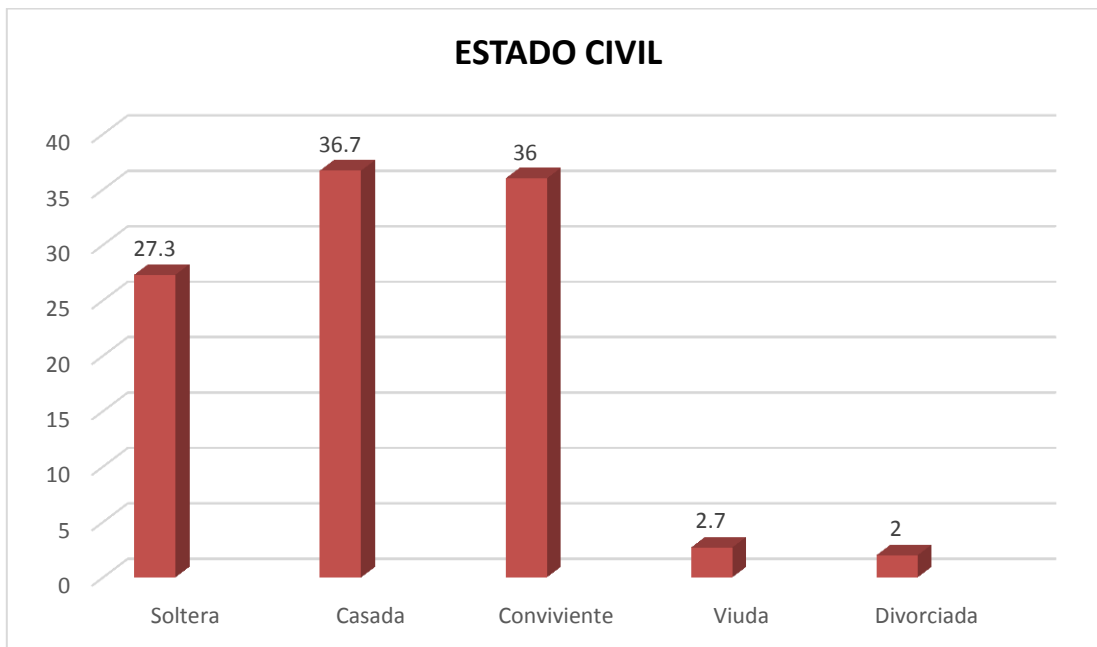
Práctica	N	%
Si	67	44,6
No	83	55,4
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas hacia el PAP aplicada a mujeres de 14 a 49 años de los Asentamientos Humanos Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza durante los meses Abril-Julio 2014.



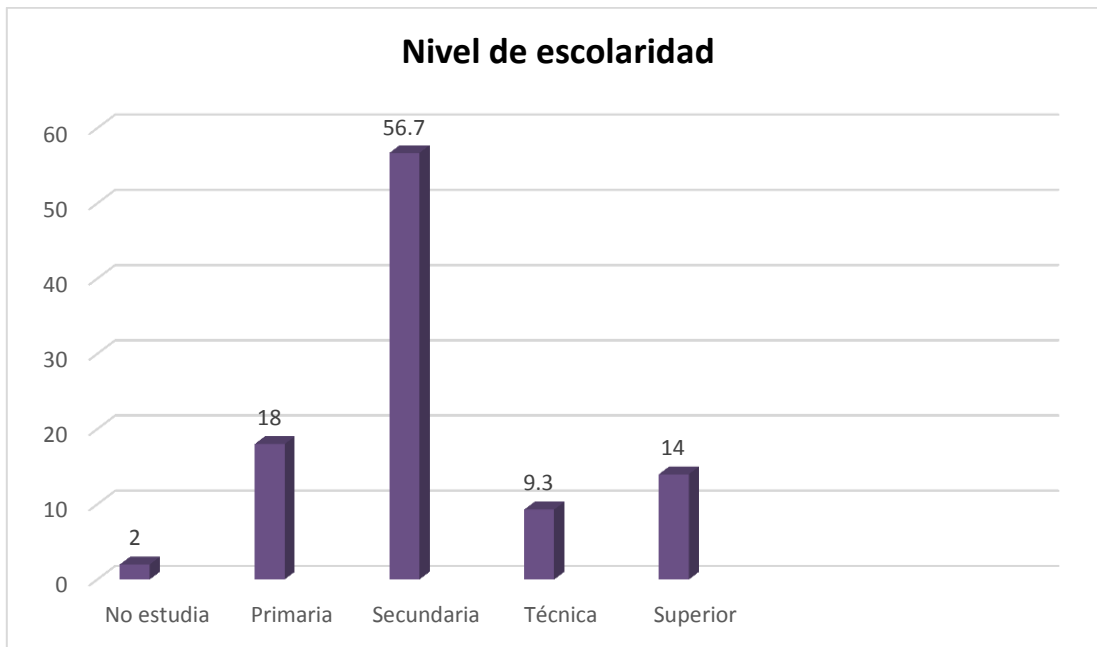
Fuente: tabla 4

Figura 4. Gráfico de barras de edades de las mujeres en edad fértil de AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014



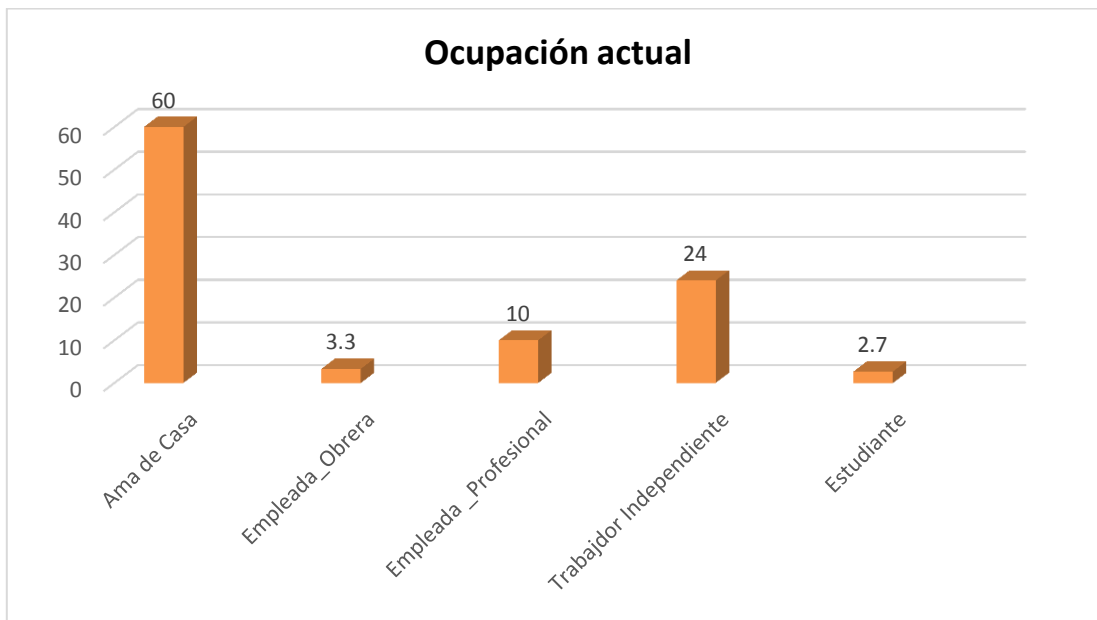
Fuente: tabla5

Figura 5. Gráfico de barras de estado civil de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014



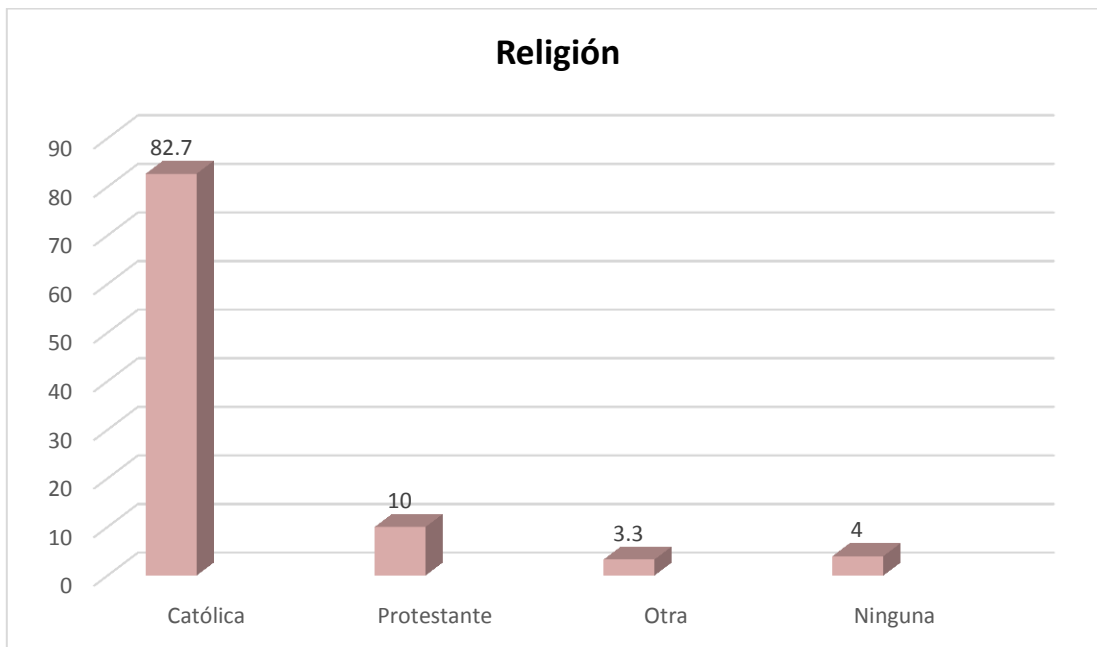
Fuente: figura 6

Figura 6. Gráfico de barras del nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil de AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014



Fuente: figura 7

Figura 7. Gráfico de barras de ocupación de las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014



Fuente: figura 8

Figura 8. Gráfico de barras de la religión que profesan las mujeres en edad fértil de los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza Distrito Chimbote, 2014

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS HACIA LA TOMA DE PAP EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL LOS AA.HH MANUEL AREVALO, VICTOR RAUL, BARRIO FISCAL 5 Y LA BALANZA DISTRITO CHIMBOTE - AÑO 2014

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Preguntas de investigación:</p> <p>¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de PAP tienen las mujeres en edad fértil del AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el Distrito de Chimbote en el periodo Abril –Julio del 2014?</p>	<p><u>General</u></p> <p>Describir los conocimientos , actitudes y prácticas hacia la toma de PAP tienen las mujeres en edad fértil del AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el Distrito de Chimbote en el periodo Abril–Julio del 2014?</p> <p><u>Específicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir el conocimiento sobre la prueba del PAP que tienen las mujeres en edad fértil (MEF) del AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza del Distrito de Chimbote en el periodo Abril-Julio del 2014. 2. Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen del Papanicolaou en las MEF del AA.HH. Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el Distrito de Chimbote en el periodo Abril –Julio del 2014 3. Identificar la actitud frente a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las MEF del AA. Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el Distrito de Chimbote en el periodo Abril-Julio del 2014 4. Identificar las prácticas relacionadas con la toma del examen del Papanicolaou, motivos de la prueba , frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las MEF del AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el Distrito de Chimbote en el periodo Abril-Julio del 2014 5. Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las MEF del AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y la Balanza en el Distrito de Chimbote en el periodo Abril-Julio del 2014. 6. Describir las características Sociodemográficas, Sexuales y Reproductivas en mujeres en estudio. 	<p>Nivel cuantitativo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento 2. Actitudes 3. Práctica

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 está compuesto por los AA.HH Manuel Arévalo, Víctor Raúl, Barrio Fiscal 5 y La Balanza en el Distrito de Chimbote , la población está constituida por 856 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que radican en dicha comunidad.</p> <p><u>Muestra:</u> La muestra será probabilística utilizando fórmula de proporción poblacional, constituida por un determinado número de mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión</p>	<p><u>Técnicas:</u> 1. Encuesta: Conocimiento</p> <p><u>Instrumentos:</u> 1. Cuestionario</p>	<p>Para el análisis de los resultados se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizará utilizando el software PASWStatistic para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizará estadígrafos o indicadores numéricos de Localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizará tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.-Marcos, Pablo. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina - N° 141 – Enero 2005.pdf.

2.- Arrossi, S. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino: informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales / 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008.

3.- Solidoro, A. Cáncer en el siglo XXI. Acta MedPeru. 2006; 23(2): 112-18.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172006000200011&script=sci_arttext

4.- Organización mundial de la salud .2013.El tamizaje sigue siendo «la mejor inversión» para afrontar el cáncer del cuello uterino Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/11-030911/es/>

5. American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2010. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2010 .Disponible <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>

6.-. Cogollo, Zuleima et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvico uterina 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=S012055522010000200006&script=sci_artt_ext&tlng=pt

7.- Tenorio Morales, I. Conocimiento, actitudes, practicas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, Municipio de Managua. Diciembre 2010. Disponible en: <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t629/doc-contenido.pdf>

8.- Figueroa, N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2011. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>

9.- Seminario-Pintado, Chero-Farro, Colorado-Julca, Gómez-Palacios, Lamas-Ramírez, Parraguez-Mendoza, Villalobos-Aguinaga, León-Jiménez. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo. Revista de Salud Pública de Perú. 2010. 4(2): 95 – 96. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4060441.pdf>.

10.- Huamaní C, Hurtado A, Guardia M, Roca J. Conocimientos y actitudes sobre la toma del Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. Revista de salud pública de Perú. Enero-marzo 2008; 25(1): 1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36311619007>

11.- 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_proyextox/archivo_47_Binder2.pdf

12.- Jaén M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 54 años residentes en la ciudad de la Pintada [tesis presentada, para optar el grado de maestría en salud] Panamá: Universidad De Panamá; 2009.

13.- Martínez M, Vázquez Sh. Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz. [Tesis para optar licenciatura en enfermería] México: Universidad Veracruzana; 2010.

14.- 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=S102555832007000100006&script=sci_artt_ext

15.- Huamán C. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas .Trujillo; 2008, 35 -42. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a04v2n2.pdf>

16.- Palma Flores, J. Prácticas de prevención del cáncer cervico uterino en usuarias del C.

17.-Escolarización del alumnado inmigrante el curriculum [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

18.- Calle E. Grado de conocimiento sobre el Papanicolaou; en mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui, Bolivia. Científica Boliviana Ciencia y Medicina .volumen 8. 2007:14-19

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

20.- Fernando J. Lage & Cataldi Z. Modelo cooperativo –colaborativo para capacitación de recursos humanos a través de intranet/ extranet. [Serie en internet]. [Citado el 30 de abril 2013]. Disponible en: <http://www.uib.es/depart/gte/edutec01/edutec/comunic/EXP09.html>

21.- 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.

22.-Resumen sobre cáncer de cuello uterino .American Cáncer Society.2009 .4-7. Disponible en: www.cancer.org

23.-Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. [Tesis para optar

el título de Magíster en Salud Pública] Colombia: Universidad Nacional De Colombia; 2010.

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

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

26.- Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>

27.-Johnson D. Johnson R. Holubec E. La interdependencia Positiva “en el aprendizaje cooperativo del aula”. [Serie en internet]. 2006. Disponible en: <http://www.slideshare.net/guestd6f218/johnson-cap-7-la-interdependencia-positiva>

28.- Nelson F. Patología Humana .8ª edición. Chile. Editorial Elsevier.

29.-Manual de Normas Técnicas Administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Op.cit., p.15. España. 2008.

30.- Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervico uterino. Chile: Minsal.

31.- Flores P. Prácticas de prevención del cáncer cervico uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.

- 32-** Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>
- 33.-** Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervico uterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>
- 34.-**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
- 35.-** Resumen sobre cáncer de cuello uterino .American Cáncer Society.2009 .4-7. Disponible en: www.cancer.org
- 36.-** Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ed. México D.F. Mcgraw-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2010
- 37.-** Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 5ed. México: Limusa S.A.; 2004

ANEXO

ANEXO N.º 01.

**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 de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza, Distrito 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.

CONOCIMIENTO

<p>1) 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>2) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou se toma en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuello del útero 2. Vagina 3. Ovarios 4. No se
<p>3) 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>4) 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>5) 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>6) ¿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

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

ACTITUDES

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

De acuerdo (A)

Parcialmente de acuerdo (PD)

Indiferente (I)

Parcialmente en desacuerdo (PD)

<i>Acerca de la prueba de Papanicolaou</i>	A	PA	I	PD	D
7) Demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.					
8) Es un examen que debe hacerse si el medico lo Solicita					
9) El material que se usa no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou.					
10) Considero necesario hacerme la del Papanicolaou todos los años					
11) Es muy importante realizarme periódicamente la prueba para detectar el cáncer a tiempo.					
12) Siempre solicito los resultados de la prueba del Papanicolaou.					
13) Es necesario que el médico me explique los resultados.					
14) Demuestro disponibilidad para la lectura de los resultados por la/el obstetra					
En desacuerdo	(D)				

PRACTICAS

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

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

!!! Muchas gracias!!!!

ANEXO 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 de los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y la Balanza. 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 los AA.HH Manuel Arévalo Víctor Raúl Barrio Fiscal 5 y La Balanza.

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

Atentamente,



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

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

Investigador: 943974547

RPM: *852077

Oficina del Dpto. Investigación: (043)

Anexo N.03.

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: _____





