



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL PUEBLO
JOVEN 1° MAYO – NUEVO CHIMBOTE, 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

AUTORA:

TATIANA IBETT DE LA CRUZ GAMEZ

ASESORA:

MG. AMELIA NELLY SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE – PERÚ

-2016-

JURADO EVALUADOR

Mgtr. María Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Carmen Rosa Aguirre Espinoza

Secretario

Mgtr. Melva Raquel Loyola Rodríguez

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios; porque me dio la sabiduría y fortaleza para poder realizar este proyecto de investigación y culminar con los estudios universitarios con éxito.

A la Mg. Nelly Solís Villanueva por sus conocimientos compartidos, ideas, correcciones y tiempo durante el proceso de investigación.

A las mujeres del pueblo joven 1° de Mayo por su tiempo y disposición para participar en el estudio.

DEDICATORIA

A Dios, por ser el que me da las

Fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mis Padres; por ser las personas más importantes de mi vida que creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega.

RESUMEN

Objetivo general: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en Mujeres en edad fértil (MEF) del Pueblo Joven (P.J) 1° Mayo en el periodo Abril-Julio 2014. **Metodología** se tuvo en cuenta el estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño simple de una casilla de cohorte transversal. La población lo constituyen 756 mujeres en edad fértil, con una muestra de 150 mujeres en edad fértil seleccionadas por muestreo no probabilístico. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de encuesta; el instrumento fue un cuestionario con preguntas cerradas para evaluar el conocimiento y un test de Likert para evaluar las actitudes. **Resultados:** el 52,7% de las mujeres, tienen desconocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou, y muestran actitud global favorable solo en un 58,7 %, así mismo el 54 % tienen prácticas negativas. **Conclusión:** las Mujeres entrevistadas del pueblo joven 1° Mayo en su mayoría desconoce los aspectos básicos para el autocuidado de la salud y prevención del cáncer de cuello uterino, poco más de la mitad presentan actitudes favorables demostrando que éste grupo de mujeres tienen predisposición frente a la toma de la muestra citológica, un porcentaje importante se muestra con actitud desfavorable, lo que conlleva a prácticas negativas.

Palabras clave: Actitudes, Conocimientos, Papanicolaou, Prácticas

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge, attitudes and practices regarding taking Pap in women of childbearing age (MEF) Young People (P.J) in the period May 1-July April 2014. **Methodology** descriptive study of quantitative level was taken into account, simple design of a box cross-cohort. The population is constituted by 756 women of childbearing age, with a sample of 150 women of childbearing age selected by non-probability sampling .For information collection the survey technique was used; the instrument was a questionnaire with closed questions to assess knowledge and Likert test to assess attitudes. **Results:** 52.7% of women have overall lack of knowledge about the Pap test, and show overall positive perception only 58.7%, and 54% have the same negative practices. **Conclusion:** The women interviewed young people 1 May mostly unaware of the basics for self-care and prevention of cervical cancer, just over half have favorable attitudes showing that this group of women are predisposed against the making cytological sample, a significant percentage attitude shown unfavorable, leading to negative practices.

Keywords: Attitudes, Knowledge, Papanicolaou, Practices

CONTENIDO

Título de la tesis	i
Hoja de firma del jurado y asesor	iii
Hoja de agradecimiento	iv
Dedicatoria (opcional)	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Contenido	viii
Índice de tablas	xi
Índice de gráficos	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	9
2.1.3. En relación a la práctica sobre la toma de Papanicolaou	11
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Bases teóricas del Conocimiento.	12
2.2.2. Bases teóricas de la actitud	18
2.2.3. Bases teóricas de la practica	24
2.3. Marco conceptual	27
III. Metodología	39
3.1. Diseño de la investigación	39
3.2. Población y muestra	39
3.3. Técnicas e instrumento de medición	44
IV. Resultados	47
4.1. Resultados	47
4.2. Análisis de resultados	58
V. Conclusiones	64
Aspectos complementarios	65
Referencias Bibliográficas	75
Anexos	79

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	Conocimiento sobre la toma de la muestra del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo-Distrito de Nuevo Chimbote, 2014.	48
TABLA 2	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo-Distrito de Nuevo Chimbote, 2014.	50
TABLA 3	Practica frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo-Distrito de Nuevo Chimbote, 2014.	52
TABLA 4	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo-Distrito de Nuevo Chimbote, 2014.	53
TABLA 5	Características sexuales reproductivas e mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo-Distrito de Nuevo Chimbote, 2014.	55

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Gráfico circular del conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo –Distrito de Nuevo Chimbote, 2014.	47
FIGURA 2	Gráfico circular de la actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del P.J 1° de Mayo- Distrito de Nuevo Chimbote , 2014	49
FIGURA 3	Gráfico circular de la práctica global sobre la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil - Pueblo Joven 1 Mayo –Nuevo. Chimbote-2014	51

I. Introducción

El desconocimiento y las practicas 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⁾. Cerca de un 80% de los casos y una proporción aún mayor de las muertes por esta causa se registran hoy en países de bajos ingresos, donde prácticamente no hay acceso a la detección y tratamiento de esta enfermedad ⁽²⁾.

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⁽³⁾.

No obstante en los últimos 50 años la mortalidad por Cáncer de cérvix ha disminuido considerablemente debido al fortalecimiento de las actividades de prevención y la promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou (PAP), elegida por la facilidad de la toma de muestra y bajo costo, existe información y estudios que demuestran que el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención facilitarían el autocuidado de la salud; además, existe un mejor conocimiento de la historia natural del Cáncer de cérvix, su diagnóstico y la eficacia del tratamiento en estadios menores.⁽⁴⁾

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 romper barreras culturales originadas por la inadecuada información

y la existencia de ciertas creencias ⁽⁴⁾. 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.

En Chimbote las estadísticas sobre la toma de muestra de PAP mantienen cifras bajas que no llega a la tercera parte de la población de Mujeres en edad fértil, las versiones del personal de salud de los establecimientos de primer nivel aseguran que se debe a las barreras culturales de las mujeres y los mitos que tienen sobre la aparición del cáncer , ésta situación se torna preocupante sobre todo en el Pueblo Joven 1° de Mayo ubicado en la zona norte del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa.

La población de este pueblo joven se caracteriza por estar constituida por familias mayormente de origen Chimbotanos, se dedican al comercio independiente, otras son trabajadoras del hogar, su población total de mujeres en edad fértil (MEF), asciende a 756 MEF, con características innatas y socio cultural de zona costera y un menor porcentaje provenientes de la serranía de Ancash, tienden a ser pudorosas, algunas muestran autoestima bajo, lo cual dificulta los procedimientos obstétricos en favor de su salud reproductiva. A esto se suma la restringida información sobre cuidados de la salud sexual y reproductiva lo que genera y propicia prácticas de riesgo

A esto se suma la promiscuidad presente en ambos géneros y muchos de ellos visto como algo natural. Esta situación llevo a plantear la siguiente interrogante: **¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, en el periodo de Abril –Julio 2014?** Para dar respuesta al problema, se planteó como objetivo general: *Describir el conocimiento, actitud y práctica sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo en el Distrito de Nuevo Chimbote durante el periodo, Abril –Julio 2014.*

A sí mismo para conseguir el objetivo general se planteó 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 de 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 practicas relacionadas con la toma del examen del Papanicolaou ,motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en estudio. Finalmente se pretende
- (6) Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las mujeres en estudio

La presente investigación se justifica debido a la magnitud del problema que genera la morbilidad y mortalidad por cáncer de cérvix, que afecta a las mujeres, entendiendo que la mujer es el pilar de la familia y ésta considerada pilar de la sociedad. Se beneficiaran los centros educativos, servicios de salud, y mujeres en general, dado que se identifica las brechas en el conocimiento, que conlleven a cambio de actitudes frente a la toma del Papanicolaou y el mejoramiento de las prácticas, a fin de ser abordados de manera directa por el sistema educativo y sistemas de salud, considerado ambos, como los espacios de promoción y prevención de la salud familiar y comunitaria. Así también permitirá contar con información clave de los problemas en la realidad empírica, la misma que será llevada a través del método científico la existencia del problema y encontrar soluciones.

El presente estudio se realizó aplicando la metodología de un estudio descriptivo nivel cuantitativo, diseño simple de una sola casilla de corte transversal, la unidad de análisis fue evaluada en el pueblo joven 1° Mayo a través de una muestra de 150 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. Para la obtención de la información se hizo uso de la técnica de la encuesta utilizando un cuestionario de preguntas cerradas y un test de Likert para la medición de las actitudes. La captura y procedimientos de los datos se lleva a cabo durante los meses de Abril, julio del 2014 así mismo el trabajo de campo se desarrolló cumpliendo los procedimientos normativos de investigación de la ULADECH CATOLICA, se tuvo en cuenta los principios éticos para el abordaje de las mujeres en edad fértil.

Los resultados se presentan en cinco capítulos. El capítulo I plasma la introducción dejando centrado la caracterización y planteamiento del problema, formulación de objetivos, así mismo se sustenta la justificación del estudio y los reactivos que conllevaron a dicha investigación. El capítulo II, muestra el resumen de la revisión literaria incluyendo los principales estudios previos realizados a nivel nacional e internacional seguido de las bases teóricas que sustentan las diferentes teorías de las variables conocimiento, actitud y práctica. También se hace referencia el marco conceptual a partir de la matriz de operacionalización de las variables. El capítulo III redacta la metodología aplicada enfatizando el procedimiento seguido durante el trabajo de campo a fin de facilitar las posibles réplicas de estudio.

El capítulo IV presentamos los resultados y análisis del estudio, el mismo que está organizado en tablas y gráficos que responden a los objetivos planteados. Finalmente el capítulo V deja plasmado las conclusiones y los logros de la investigación.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

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

Cogollo, Z ⁽⁵⁾ en el año 2010, como resultado de su estudio a las mujeres en Barranquilla-Colombia, encontró que el 58% de las mujeres tuvieron un bajo nivel de conocimiento sobre citología vaginal, a diferencia de un 42% quien refiere conocer sobre el tema. Y respecto a la zona donde se toma la muestra del PAP, el 37% respondió que se debe tomar en el cuello del útero y un 23% de la vagina. A la pregunta sobre cuál es el propósito del PAP, el 21% de las mujeres respondió que el propósito del PAP es detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Así mismo, **Ruoti de García** en su estudio en mujeres embarazadas consultantes de hospitales públicos del Departamento de Alto Paraná, Paraguay en el año (2008) obtuvo como resultado a la pregunta: Que es el PAP, el 15,5% del total de mujeres respondió correctamente a la pregunta, 38,7% , errónea el 7,2% y no sabe el 33,7% .A la pregunta para qué sirve la prueba, las mujeres en estudio respondieron en forma correcta 12.8% ,errónea 37.3%, imprecisa, 37,0% y 11,4% no sabe. Alrededor del 40,0% cree que debe hacerlo cada 6 meses y cada año. El 54,5% considera que debe empezar a hacerse “al iniciar las relaciones sexuales y el 41,4% antes de los 20 años. ⁽⁶⁾ Del mismo modo, **Tenorio, I** ⁽⁷⁾ en la ciudad de Nicaragua obtuvo resultados similares al anterior

estudio, con respecto a la utilidad de la prueba de citología cervical, donde el 57,3% de las mujeres entrevistadas respondieron que la prueba sirve como método diagnóstico para la detección de cáncer cérvico-uterino, un 41,3% respondieron que no conocen la utilidad de la prueba. Sobre las condiciones para realizarse la prueba de Papanicolaou, un 74% de las mujeres saben que la prueba no se debe realizar durante el periodo menstrual, un 16% de las mujeres no reconocen esta condición. Un 40% respondieron que es importante la abstinencia sexual 48 horas previa a la realización de la prueba, el 60% de las mujeres no sabían de la condición.

En los estudios realizados a nivel nacional, se encuentra **Seminario P.** ⁽⁸⁾ en el año 2010 como resultado de su investigación en la ciudad de Chiclayo, sobre el conocimiento hacia la toma de Papanicolaou, según los reactivos explorados las respuestas incorrectas más frecuentes fue creer que “la muestra para el PAP proviene de la secreción vaginal”: en un 23,3% y en un 13,8%, respondieron que el PAP sirve para la “detección temprana de cáncer de vagina”. En relación a la frecuencia de toma del PAP, el 77,6% de mujeres respondieron correctamente; 7,8% mujeres respondieron que “se debe realizar 3 veces al año”; se encontró además que el 13,7% las mujeres no tenían ninguna información acerca de la frecuencia de toma de PAP.

Del mismo modo **Bazán F y Posso M** ⁽⁹⁾ en el año 2007 en el Hospital Nacional Docente Madre–Niño ‘San Bartolomé, con respecto a los conocimientos, a la pregunta de dónde se toma la muestra para el Papanicolaou, 48,9% respondió correctamente; el mayor error, en 37,3%, fue creer que la muestra proviene de la secreción vaginal. Sobre el propósito de la prueba, el 54,3 % de mujeres respondió incorrectamente, siendo el principal error 37% responder que el Papanicolaou detecta cualquier cáncer ginecológico. Respecto a la frecuencia de toma de la prueba 69% del grupo menor de 30 años respondió correctamente, contrastando con solo 4,9% del grupo mayor de 30 años. Con estos resultados, se observó que solo 10,6% tiene conocimientos altos sobre el Papanicolaou, mientras que 89,4% de la población estudiada presentó conocimientos bajos e intermedios.

Años más tarde **Guillen A** y colaborador ⁽⁶⁾ en el año 2013 encontró resultados similares producto de su investigación en mujeres atendidas en el Hospital “Mama Ashu”, distrito de Chacas, reportan que la mayoría de mujeres 70,7% no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, Así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, y 66 % desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

2.1.2. En relación a la actitud frente a la Toma del Papanicolaou:

Los estudios a nivel internacional revelan resultados importantes de **Jaén** ⁽¹⁰⁾ en la ciudad de 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 más tarde **Cogollo** ⁽⁵⁾, en su investigación en instituciones de salud pública de primer nivel de Cartagena-Colombia, informo que 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba, mientras que el 45% tienen una actitud favorable cuando se le solicitaba realizarse el PAP cuando se le solicitaba .

Así mismo **Martínez y Vázquez** ⁽¹¹⁾ en una congregación rural de Veracruz, México, logró evidenciar que el 91,4% presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8,6% actitud indiferente frente a la toma de Papanicolaou , lo que representa que esta parte de la población se encuentra en riesgo de adoptar una actitud desfavorable .como dato significativo , se encontró que la mayoría de femeninas estudiadas 74,3%, está muy de acuerdo en realizarse el Papanicolaou y solo el 1,4% ,se encuentra indecisa para realizársela , pese a la negativa de la pareja. Por otro lado los estudios realizados a nivel nacional, revelan resultados importantes donde se hace relevante mencionar a **Seminario P et al** ⁽⁸⁾ en el año 2011, obtuvo resultados que el 52,6% de las entrevistadas manifiestan tener una actitud desfavorable frente al

examen del Papanicolaou frente a un 47,4% que muestran una actitud favorable. Con respecto a los reactivos estudiados se encontró que cuando se les pregunto a las mujeres ¿Cómo se sentiría al realizarse el test de PAP?, sólo el 47,4%, mujeres refirió “sentirse dispuesta”, mientras que 22,4% refirió “sentirse preocupada”, 16,4% “incomoda” y 13,8% “avergonzada”. Todas las entrevistadas respondieron que era importante realizarse el PAP periódicamente; un 99,1% de mujeres en estudio mencionaron “tener interés por conocer más sobre la prueba de PAP”.

Así mismo **Huamani, C** ⁽¹²⁾, 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% de las mujeres tienden a mostrar actitudes positivas, mientras que el 18,7%, tienen 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. Sin embargo en el estudio realizado por **Bazán, F .et al** ⁽¹³⁾, 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 presentaba una actitud desfavorable. Un año más tarde **Huamán C** ⁽¹⁴⁾ en su investigación en mujeres trujillanas, evidencio un 15.4% de actitud desfavorable hacia la prueba citológica de cuello uterino, y un 86.4% actitudes favorables.

2.1.3. En relación a la Práctica frente a la Toma del Papanicolaou

En el año 2011, **Tenorio, I** ⁽⁷⁾, obtuvo como resultado: sobre el interés de realizarse la prueba de PAP, que el 34,7% de mujeres están de acuerdo, un que, un 32% totalmente de acuerdo, un 28% están en desacuerdo y un 5,3% están totalmente en desacuerdo. Se investigó las razones principales por las cuales las mujeres en estudio no se han realizado la prueba de Papanicolaou, encontrando 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.

En este mismo año **Figueroa** ⁽⁶⁾, 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. Las razones por la cual las mujeres se realizan la citología vaginal son por iniciativa propia en un 48,8% e indicación médica en un 48% aproximadamente; solo el 3,2% lo hizo por sugerencia de un tercero. De estas cerca del 85,6% reclamaron los resultados y el 87,9% de las mismas solicitaron explicaciones en relación al reporte del examen. Así mismo **Cogollo** ⁽⁵⁾, observo que el 44% de las mujeres tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta.

Finalmente **Palma J** ⁽¹⁵⁾ en el año 2011, en su investigación reporta que el 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, el 34,6% se realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, el 30,8% se la ha realizado 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 a realizarse el PAP. Por otro lado **Seminario, P et al** ⁽⁸⁾ en el mismo año obtuvo como resultado que las prácticas que asumen las mujeres frente a la toma del PAP son negativas, tales como lo demuestra el estudio, donde solo un 44% de mujeres acuden a un establecimiento de salud para realizarse este examen citológico con una frecuencia adecuada; el 31,9% nunca se lo había realizado el examen y el 13,8% solo una vez en toda su vida. El principal motivo que refirieron el total de mujeres para no haberse realizado un Papanicolaou fue por falta de tiempo en un 15,5%.

2.2.Bases Teóricas.

2.2.1. Bases teóricas del Conocimiento.

La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El término conocimiento se usa en el sentido de

conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga el pre- saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos⁽¹⁶⁾. 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” lo fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia⁽¹⁶⁾
- 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. ⁽¹⁷⁾
- 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. ⁽¹⁸⁾

A. Modelo de aprendizaje Cooperativo Participativo

Es un modelo de aprendizaje que, frente a los modelos competitivos e individualistas, plantea el uso del trabajo en grupo para que cada individuo mejore su aprendizaje y el de los demás. En el modelo competitivo, el objetivo es lograr ser mejor que los demás, obtener mejores resultados que el resto; en el individualista, se trata de conseguir objetivos óptimos independientemente de lo que haga el resto del grupo y en el modelo cooperativo, el éxito personal se consigue siempre a través del éxito de todo el grupo. Para que una situación sea trabajo cooperativo hace falta que exista un objetivo común a través del 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 participe de tarea propia y la de los demás, y se implica en está 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 hace 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 estos/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. ⁽¹⁹⁾

- **Responsabilidad personal individual.**

Cada persona es responsable de su trabajo y debe rendir cuentas al grupo del desarrollo de este. Para ello es imprescindible que las aportaciones de cada individuo sean relevantes para lograr el objetivo final y que sean conocidas por todos/as. ⁽¹⁹⁾

- **Destrezas interpersonales y habilidades sociales.**

Se trata de conseguir que la persona conozca y confié 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 conciencia infusa sino que se enseñan, se premian, se corrigen y se aprenden. ⁽¹⁹⁾

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

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

Johnson & 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 solo 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.⁽¹⁹⁾

- Citan las reglas básicas de la cooperación:
- Cuando una persona hable del resto escucha.
- Se respetaran 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 escuchar 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. ⁽²¹⁾ **Vigotzkii (1978)** basa su teoría en que las funciones y logros humanos se originan en las relaciones, sociales, dice que: “el conocimiento es social y se lo construye a partir de esfuerzos cooperativos por aprender, entender y resolver problemas”. Sostiene que “la zona de desarrollo próxima es aquella situada entre lo que un alumno puede hacer solo y lo que puede lograr si trabaja en “colaboración” con pares o con guías e instructores”.⁽²²⁾

Perkins, (1995) La gran “promesa del aprendizaje colaborativo” es la de permitir que los estudiantes aprenden en forma real, motivados cognitivamente y enriquecidos en un contexto de aprendizaje social comparado con otros paradigmas como el aprendizaje socrático y el aprendizaje por descubrimiento.

⁽²¹⁾ Según **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 ayudara a conocer mejor los modos en los que el pensamiento y el aprendizaje tienen lugar. ⁽²¹⁾

Luego de haber revisado las teorías para cuestiones de salud, se tomara la base teórica según **Huamán C.** El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal conocimiento “se consume”, permite “entender” lo fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. ⁽²³⁾

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 ante un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Estas condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. ⁽²⁴⁾ Para **Smith y Mackie (1997)**, las actitudes “son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por no ser relativamente estables.

⁽⁵⁾ Lo cual apoya **López y Fuertes (1999)** los cuales definen la actitud “como una disposición a comportarnos de una determinada manera. ⁽⁵⁾

a) Teorías del aprendizaje:

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos ⁽¹⁸⁾

a) 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 ⁽¹⁶⁾

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 ⁽¹⁶⁾

2.2.2.1. Perspectiva de la actitud

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

⁽¹⁶⁾ Las actitudes son aprendidas.

En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastante 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) ⁽¹⁶⁾.

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 ⁽¹⁶⁾

2.2.2.2. Tipos de Actitud

- **Actitud Emotiva.:** Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia ⁽¹⁶⁻²⁰⁾
- **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. ^(16,20)
- **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.
- **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. ^(16,20)

- **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

2.2.2.3. La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud:

La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social; cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa.⁽²⁴⁾ 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.

a. 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.⁽¹⁶⁾

b. La fortaleza de la voluntad

La voluntad necesita ser educada y fortalecida a través de un proceso orientado por el orden, la constancia, la disciplina, la motivación y la ilusión (**Rojas, E. 1997**). La voluntad necesita un aprendizaje gradual, que se consigue con la repetición de actos en donde uno se vence, lucha y cae, y vuelve a empezar. Dicho en otros términos: hay que adquirir hábitos positivos mediante la repetición de conductas, que van inclinando la balanza hacia comportamientos mejores. ⁽¹⁶⁾

c. 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 preparada 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. ⁽¹⁶⁾

d. 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. El presente estudio se avala en la base la teoría que asume que la actitud es la forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. También vista 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.⁽¹⁶⁾

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, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida y se encuentra 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⁽²⁵⁾

MacIntyre (1981) considera que la práctica, más que una colección de comportamientos discretos, es una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulado. Existe similitud en ambas definiciones con la propuesta por **Aristóteles**, en cuanto a que la práctica implica la noción del bien y que es una actividad que se origina y tiene significado dentro de la cultura de un grupo social específico ⁽³¹⁾

Por otro lado las prácticas de cuidado de la salud se encuentran también referidas en la literatura como “comportamientos de salud”. Concretamente, **Kasl y Cobb**, las definen como, la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática. Aunque es claro que las prácticas, al igual que las creencias, son dinámicas, cambian en respuesta al contexto cultural y social que rodea al individuo ⁽³¹⁾

Por lo tanto, según los autores revisados, las prácticas de cuidado también se llaman comportamientos, actividades o hábitos, los cuales le atribuyen a la práctica la característica de ser un hecho deliberativo; es decir, un acto que implica la posibilidad de decidir entre varias opciones, y para ello se requiere la intervención del entendimiento.

Además, a la práctica se le atribuye la cualidad de buscar el bien no solo para el sujeto, sino también para la sociedad. Por otro lado es evidente que las prácticas de cuidado de la salud responden a la realidad que vive la persona, pero se moldean de acuerdo con su sistema de creencias. Según **Purnell y col.** propone que el origen de las prácticas se da dentro del contexto cultural y que es allí donde las prácticas, acciones o comportamientos adquieren un significado y una trascendencia particular. Además, es de esperarse que las prácticas de cuidado se lleven a cabo en los contextos donde se cuente con los utensilios requeridos para tal fin y donde dicha acción tenga significado para las personas involucradas ⁽³¹⁾

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. ⁽²⁵⁾

2.3.Marco conceptual

2.3.1. Aspectos conceptuales pertinentes:

a) Cáncer de 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 ⁽²⁵⁾ 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 las 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 anormales: estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración. ⁽²⁶⁾

b) Prevención primaria y secundaria:

- **Prevención Primaria:**

Es la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y sus métodos de prevención, contra el virus papiloma humano (VPH). ⁽²⁷⁾

-Inmunización contra el Virus Papiloma Humano:

La vacuna previene la infección de dos genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer. Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión pre invasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas⁽²⁷⁾

- **Prevención Secundaria:**

Incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no tiene el conocimiento, la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. El examen que se realiza para el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou⁽²⁷⁾.

- **Educación a la población**

La educación a la población acerca respecto a la aparición del cáncer cervico uterino y de sus factores de riesgo, es una de las principales herramientas a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una

alimentación saludable. Se ha observado en estudios de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen del (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje. ⁽²⁷⁾

c) El examen de Papanicolaou y su técnica:

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

d) Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou:

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras de PAP debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomaran cada tres años. Mientras que las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. ⁽²⁸⁾

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).⁽²⁸⁾

e) Requisitos para la Prueba de Papanicolaou:

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

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

f) Procedimiento de la prueba

Para la toma de la muestra se debe seguir una serie de procedimientos:⁽²⁹⁾

- *Rotulación de la lámina:* Previo a la toma de la muestra, la laminilla de vidrio (portaobjetos) debe ser rotulada colocando cinta adhesiva con el nombre completo de la paciente, en la superficie inferior de la laminilla.
- *Visualización del cuello uterino:* La zona de transformación (unión del exo y endocervix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra. La zona de transformación puede ser fácilmente visualizada o encontrarse muy alta y no visualizarse, esto varía no solo de persona a persona sino que incluso en la misma persona a través del tiempo por cambios hormonales que incluyen embarazo, menopausia, etc.
- *Recolección de la muestra:* existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocervix, zona de transformación y endocervix que incluyen cepillos endocervicales, espátulas de madera y plásticas.
- *Realización del extendido:* la muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse en la laminilla, no frotarla, debe fijarse inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70 grados por 30 minutos y si es de 95grados 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.⁽²⁷⁾

2.3.2 Factores de riesgo asociados

A) El Papiloma Virus

Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical.⁽¹⁹⁾

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.⁽²⁹⁾

C) Sistema inmunológicos debilitados

El VIH, es el virus que causa SIDA y no es lo mismo que el VPH. Las mujeres infectadas con VIH tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino. La infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquellas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune⁽²⁹⁾

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.⁽²⁹⁾

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.⁽²⁹⁾

F) Inicio temprano de las relaciones sexuales

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos Cervico-uterino 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.⁽²⁶⁾

G) Números de parejas sexuales

Es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos⁽²⁸⁻²⁹⁾

H) Embarazos múltiples

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. Así, las mujeres que han tenido más de doce gestaciones corren un riesgo cinco veces superior de contraer este tumor maligno que aquellas que se han embarazado menos de tres veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano.⁽²⁸⁾

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. ⁽⁶⁾

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.

⁽⁶⁾

2.3.4. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino

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

- **Colposcopia:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente.
- **Biopsia** exocervical y/o endocervical: De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico.
- **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.
- **Conización** Cervical: En los casos que se sospeche una micro invasión o disociación colpocito histológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas.(16)

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⁽⁷⁾

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 intraepitelial de bajo grado (LSIL)	Cambios coilocíticos Neoplasia intraepitelial cervical (CIN 1): displasia leve
Lesión intraepitelial 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 encontrado en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervico-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.⁽²⁶⁾

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⁽²⁸⁾

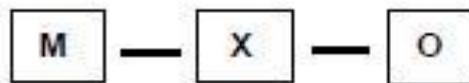
Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco. En particular, en la 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.⁽³⁰⁾

III. Metodología

3.1. Diseño de la investigación

Estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo de diseño simple de una sola casilla de cohorte transversal.

Esquema:



Donde:

M: Mujeres en edad fértil del P.J 1 Mayo

X: Conocimiento, actitud y Practicas

O: Representa lo que se observa.

3.2. Población y muestra

El universo está constituido por 756 mujeres en edad fértil. La muestra fue seleccionada según muestreo no probabilístico, se utilizó la fórmula de proporción poblacional, constituidas por 150 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años en edades de 15 a 49 años, conforme a criterios de inclusión.

➤ **Criterios de Inclusión**

- Mujeres residentes en el Pueblo Joven 1° Mayo
- Mujeres que se encuentren 15 a 49 años de edad al momento del estudio.
- Que hayan aceptado participar del estudio

➤ **Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas
- Que rehacen participar en el estudio
- Mujeres con capacidades diferentes
- Mujeres con trastornos mentales

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

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

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL
ACTITUD	Conjunto de opiniones, sentimientos y tendencias que predisponen de determinada forma a la mujer a determinadas conductas relacionadas con la toma de la prueba del Papanicolaou	Toma del PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de la prueba 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
			<ul style="list-style-type: none"> • Realización de la prueba en un momento determinado. • Importancia de hacerse la prueba rutinariamente 	Cualitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Realización del PAP en el momento idóneo. 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 PRACTICA SOBRE LA PRUEBA DEL PAP

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTIAL	INDICADORES	SUB-INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL
PRACTICA	Conjunto de hábitos o formas de actuar de la mujer en relación a la toma de la prueba del Papanicolaou.	<ul style="list-style-type: none"> Realización del PAP 	<ul style="list-style-type: none"> Realización del PAP 	Cualitativa	Nominal	Practica No practica
		<ul style="list-style-type: none"> 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	Practica No practica
		<ul style="list-style-type: none"> Verificación de los resultados 	<ul style="list-style-type: none"> Recojo de los resultados. Explicación especializada de los resultados 	Cualitativa	Nominal	Practica No practica

3.3. Técnicas e instrumentos de medición

3.3.1. Técnica

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

3.3.2. Instrumentos

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se 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 misma que está compuesta por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde la respuestas tienen un puntaje de 1 para la respuesta correcta y 0 para la incorrecta. Para medir las actitudes se aplicó el Test de escala tipo Likert denominado **Test de actitudes frente a la toma del Papanicolaou conformada por 8 preguntas** con respuestas según las siguientes escalas, De acuerdo (A) con un puntaje de 5; Parcialmente de acuerdo (PA) con un puntaje de 4, Indiferente (I) con un puntaje de 3, Parcialmente en desacuerdo (PD) con puntaje de 2; En desacuerdo (D) con puntaje de 1, que luego fueron agrupadas para facilitar la interpretación en dos escalas favorables (A,PA) y desfavorable (PD,D,I). Para identificar las prácticas que realizan en relación a la prueba del Papanicolaou se aplicó el **Test de prácticas de la prueba del Papanicolaou**, que consta de 6 preguntas con respuestas dicotómicas donde, un SI, vale 1 y un NO vale 0, las respuesta multivariadas, donde la respuesta correcta vale 1 y la respuesta incorrecta vale 0; y finalmente un cuestionario que identifica las

características socio demográficas y sexuales –reproductivas con 14 preguntas cerradas con respuestas multivariadas al igual que las anteriores.

3.3.3. Procedimientos

Se cumplió con el cronograma 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 del participante el formulario con los cuestionarios y la escala, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente. 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.

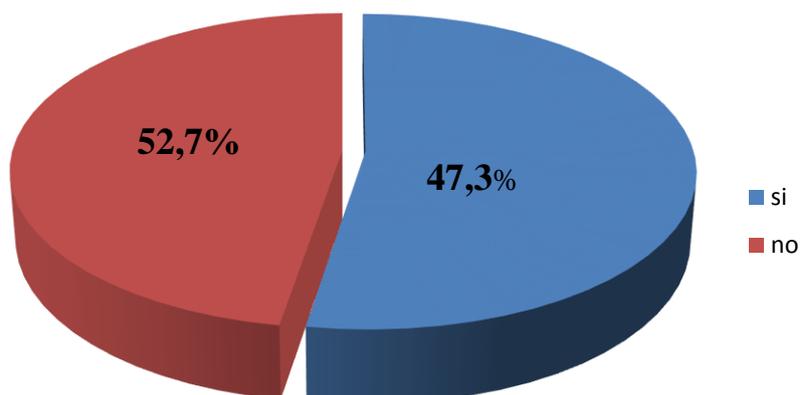
- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre 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 utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.

IV. Resultados

4.1. Resultados



Fuente: Tabla 6

Figura 1. Gráfico circular del Conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven 1° De Mayo –Nuevo Chimbote- 2014

La figura 1: hace evidente el conocimiento global de las mujeres en edad fértil del pueblo joven 1° de Mayo, observando que el 47.3% del colectivo explorado tiene conocimiento sobre la toma de la prueba del Papanicolaou, frente al 52.7% que respondió erróneamente a algunos reactivos explorados como: *lugar de toma de la muestra, y casos en que no se toma la muestra.*

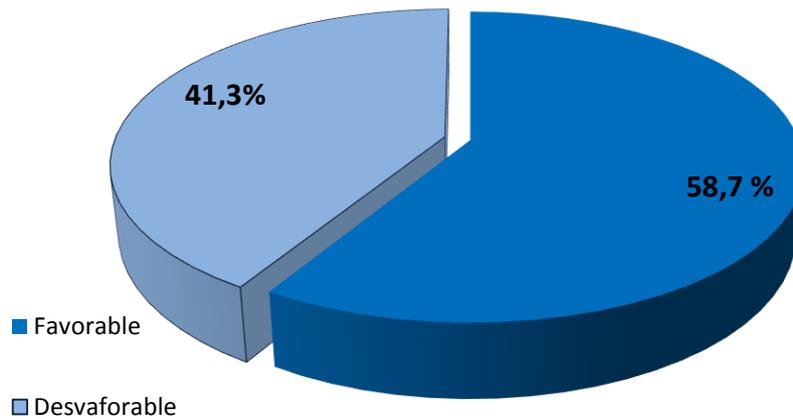
TABLA 1:

Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivo en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

Reactivos	Conoce		No conoce	
	N	%	N	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	128	85.3	22	14.7
2. Lugar de la toma de muestra	62	41.3	88	58.7
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	141	94.0	9	6.0
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	80	53.3	70	46.7
5. Casos en que no se toma la muestra	70	46.7	80	53.3
6. Frecuencia de la toma de muestra	85	56.7	65	43.3

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

La tabla 1: presenta un porcentaje de gran importancia (14.7%) de mujeres las cuales no conocen que el Papanicolaou (PAP) es un examen de cérvix, un 58.7% no saben que la muestra del PAP se extrae del cérvix, seguido de un 53.3% desconocen las tres condiciones básicas o requisitos para realizarse la prueba del PAP siendo estos, no tener relaciones sexuales dos días antes del examen, no estar menstruando, y no usar cremas ni óvulos vaginales. Sin embargo 94 % de mujeres saben que el examen de PAP sirve para detectar las células precancerosas además de inflamación e infección cervico-vaginal. Un 53.3% conoce que la prueba del Papanicolaou es importante para prevenir el cáncer de cérvix, Por otro lado el 56.7% respondió acertadamente que la prueba del PAP se realiza anualmente.



Fuente: Tabla 7

La figura 2. Gráfico circular de la actitud global frente la toma del Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven 1° de Mayo –Nuevo Chimbote- 2014

La figura 2: muestra que el 58.7% del colectivo en estudio tienden a tener una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou y tan solo el 41,3% tiene una actitud desfavorable, resultado tal vez de la poca y mala informaciones que son transferidas por los antepasados familiares o medios de comunicación y que interfieren en la actitud frente al Papanicolaou de las mujeres en estudio.

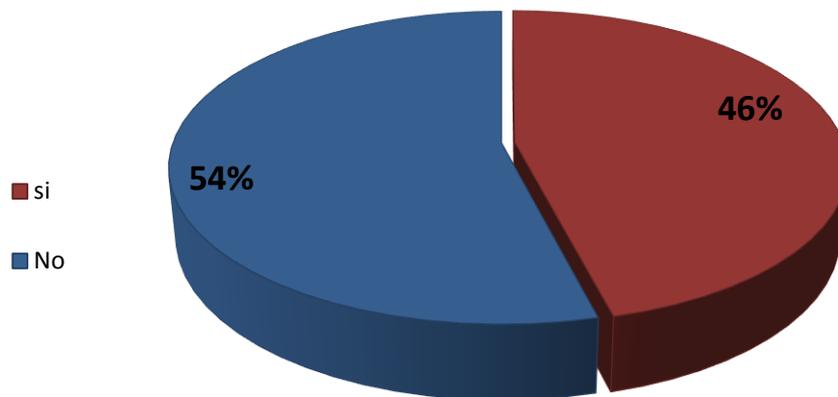
TABLA 2

Actitud por reactivo sobre Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

REACTIVOS	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
	N°	%	N°	%
1. Disponibilidad para la realización de toma de PAP	90	60	60	40
2. Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita	54	36	96	64
3. El material que se utiliza no es un obstáculo	54	36	96	64
4. Considera necesario realizarse el PAP todos los años.	84	56	66	44
5. Importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo.	96	64	54	36
6. Siempre solicito los resultados de la prueba	144	97.4	6	2.6
7. Importancia de la explicación de los resultados	144	97.4	6	2.6
8. Disponibilidad para la lectura de los resultados	137	91.3	13	8.7

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

La tabla 2: hace evidente que un 64% las cuales consideran que el espéculo que se utiliza para realizar el PAP es un obstáculo para acudir a realizarse la prueba; debido a que refieren que es incómodo y muchas veces produce, dolor, seguida de un 64% que creen que el examen debe hacerse solo si un personal de salud lo solicita. Sin embargo un 64% de mujeres considera que la prueba del Papanicolaou es importante realizarse periódicamente para poder detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino, un 56% considera que es necesario realizarse el PAP todos los años y un 97.4 % creen que es necesario que el médico explique los resultados del PAP.



Fuente: Tabla 8

Figura 3 Gráfico circular de las practicas frente a la toma del Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

La Figura 3: muestra el 54 % de mujeres no asume una práctica positiva frente a la prueba de PAP, y solo el 46.0% cumple con el autocuidado de su salud.

TABLA 3

Practica frente a la toma de Papanicolaou por reactivos en mujeres del Pueblo joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
▪ Practica la prueba del Papanicolaou	150	100.0	0	.0
▪ Se practicó la prueba en el año en estudio	59	39.3	91	60.7
▪ Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	35	23.3	115	76.7
▪ Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	66	44.0	84	56.0
▪ Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	9	6.7	141	94
▪ Solicita información sobre el resultados de la prueba	17	11.3	133	88.7

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

La tabla 3, presenta a un 60.7% de las mujeres las cuales refieren que no se practicaron la prueba en el año de estudio, un 44% refiere que no practica la prueba del PAP por iniciativa propia si no que lo hacen por sugerencia de otra persona y un 76.7% respondieron que se realizan el PAP ocasionalmente y no anualmente como está establecido, a esto se suma un 94% de mujeres que no reclaman los resultados de la prueba del PAP, acompañado de un 88.7% las cuales no solicitan información sobre los resultados de la prueba, algunas razones para no recoger resultados están relacionadas con el miedo al resultado y falta de tiempo para escuchar a explicación de la prueba. Sin embargo un 100% manifiestan que si se han realizado el Papanicolaou en su vida.

TABLA 4

Características sociodemográficas de las mujeres del Pueblo joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

Edad (años)	N	%
De 14 a 19	4	2.7
De 20 a 24	31	20.7
De 25 a 29	17	11.3
De 30 a más	98	65.3
Total	150	100.0

Estado civil	N	%
Soltera	36	24.0
Casada	44	29.3
Conviviente	51	34.0
Viuda	9	6.0
Divorciada	10	6.7
Total	150	100.0

Nivel de escolaridad	n	%
No estudia	5	3.3
Primaria	16	10.7
Secundaria	72	48.0
Técnica	22	14.7
Superior	35	23.3
Total	150	100.0

Ocupación actual	n	%
Ama de casa	69	46.0
Empleada –obrero	6	4.0
Empleada- profesional	29	19.3
Trabajador independiente	36	24.0

Agricultora	10	6.7
Total	150	100.0
Religión que profesa	N	%
Católica	84	56.0
Protestante (evangélica)	41	27.3
Otra	16	10.7
Ninguna	9	6.0
Total	150	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

La tabla 4, presenta las características sociodemográficas, observando que la edad del colectivo entrevistado son el 65.3% mayores de 30 años, un 34% son convivientes, 29.3% son casadas y un 24% son solteras. Así mismo se evidencia que el 48 % estudiaron secundaria. Con respecto a la ocupación, el 46 % son ama de casa, la religión que profesa la mayoría es católica con un 56 %, seguido de la evangélica con un 27.3 %.

TABLA 5

Características sexuales y reproductivos de mujeres del pueblo joven 1 de Mayo, Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

Tuvo relaciones sexuales	n	%
Si	150	100
No	0	.0
Total	150	100

Edad de inicio de relaciones sexuales	n	%
15 a 19	104	69.3
20 a 24	42	28.0
25 a 29	4	2.7
30 a más	0	.0
No tuvo relaciones sexuales	0	.0
Total	150	100

Número de partos	n	%
Ningún parto	24	16.0
Primípara	33	22.0
Multípara	75	50.0
Gran multípara	18	12.0
Total	150	100.0

Número de abortos	n	%
Ninguno	76	50.7
1 a 2	60	40.0
3 a 4	14	9.4
5 a más	0	.0
Total	150	100.0

Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente	n	%
---	----------	----------

Frecuentemente	48	32.0
Ocasionalmente	76	50.7
Por ahora no tengo	26	17.3
No he tenido relaciones sexuales	0	32.0
Total	150	100.0
Número de compañeros sexuales durante toda su vida	n	%
Ninguno	0	.0
1 a 2	107	71.3
3 a 4	43	28.7
5 a más	0	.0
Total	150	100.0
Método anticonceptivo que utiliza	N	%
Píldora combinada	6	4.0
Inyectable combinado	5	3.3
Inyectable de progestágeno	51	34.0
DIU (T Cu)	12	8.0
Preservativo	9	6.0
Ritmo/regla	4	2.7
Ninguno	63	42.0
Total	150	100.0
Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual	N	%
Si	87	58.0
No	63	42.0
Total	150	100.0
Recibió tratamiento por dicha infección	N	%
Si	71	81.6

No	16	18.4
Total	87	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

La tabla 5 presenta la mayoría de las mujeres encuestadas iniciaron su actividad sexual entre los 15 a 19 años con un 69.3% y un 28% lo iniciaron a los 20-24 años. Del mismo modo la frecuencia de las relaciones sexuales lo realizan ocasionalmente en un 50.7% y frecuentemente en un 32.0 %. Además se evidencia un porcentaje importante donde refiere que el 71.3% tuvo 1 a 2 compañeros sexuales. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 50.0% son multíparas y el 22% son primíparas. Mientras que el 40% sufrió de 1-2 abortos y un 50.0% no sufrió ningún aborto. Con respecto a los métodos anticonceptivos se evidencio que el 42% de las mujeres en estudio no utilizan ningún método anticonceptivo, seguido de un 34.0% que si utiliza el inyectable de progestágenos como método anticonceptivo. El 87% de las mujeres sufrieron ITS durante su vida de las cuales un 18.4 % no recibió tratamiento.

4.2. Análisis de resultados

El conocimiento es personal e implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación de acuerdo a su propia experiencia vivida. ⁽¹⁶⁾

Teoría que respalda los resultados de las mujeres en edad fértil del pueblo joven 1° de Mayo, donde el 47.3% tiene conocimiento global sobre el Papanicolaou, sin embargo es preocupante que el 52.7% desconoce sobre la prueba del Papanicolaou, no sabe que la muestra se toma del cuello del útero. (figura1). Por otro lado al explorar el conocimiento por reactivos se pudo identificar que las mujeres no saben que la muestra del PAP se extrae del cérvix, (58.7%) un 53.3% desconocen las tres condiciones básicas o requisitos para realizarse la prueba del PAP siendo estos: no tener relaciones sexuales dos días antes del examen, no estar menstruando, y no usar cremas ni óvulos vaginales.

Sin embargo 94 % de mujeres saben que el examen de PAP sirve para detectar las células precancerosas además de inflamación e infección cervico-vaginal. Un 53.3% conoce que la prueba del Papanicolaou es importante para prevenir el cáncer de cérvix, Por otro lado el 56.7% respondió acertadamente que la prueba del PAP se realiza anualmente. Resultados similares reportaron **Guillen A y colaboradora** ⁽⁶⁾ en el año 2013 en mujeres atendidas en el Hospital “Mama Ashu”, distrito de Chacas, donde se evidenció que el 70,7%, no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, Así mismo las brechas del conocimiento se centran en un 66,7% de mujeres las cuales no

conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

Diversos estudios demuestran que el bajo conocimiento está relacionado al grado educativo de las mujeres donde el mayor porcentaje de mujeres, solo alcanzó la secundaria. Estas similitud estaría dada por las condiciones y características socio culturales, presentes en ambos grupos de estudio, así mismo la presencia del machismo sería el aspecto fundamental en las decisiones de la mujer , que lejos de ayudar al cuidado de su salud, las conlleva a postergar su atención de salud reproductiva como mujeres, convirtiéndose en una barrera cultural que impide la posibilidad de desarrollo integral de las mujeres , dejando el conocimiento global sobre el Papanicolaou en niveles deficientes.

Además en una entrevista de grupos focales ellas refirieron que el “Puesto de salud a donde pertenecen no muestra interés por la salud de la comunidad en general, y las actividades preventivas promocionales son muy pocas”, de esto se infiere que las estrategias educativas en el sector salud no estarían logrando el objetivo, así mismo los contenidos temáticos de las charlas , consejerías y demás programas educativos, no estarían incluyendo la temática esencial de prevención y autocuidado de la salud frente al cáncer de cérvix.

La actitud es una predisposición aprendida no innata y se establece, aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante una situación. Se podría decir también que 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.

Definición que se asemeja con la teoría de **Smith y Mackie (1997)**, donde manifiesta que las actitudes son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación. ⁽⁵⁾ Teoría que respalda a los resultados, donde se evidencia que gran parte de las mujeres en estudio, (58.7%) cuando se trata de la predisposición para mejorar el autocuidado de su salud, muestran actitud global favorable frente a la prueba del PAP frente a un porcentaje considerable y de gran preocupación (41,3%) las cuales tienen actitud desfavorable, resultado tal vez de la poca y mala información que son transferidas por los antepasados familiares o medios de comunicación y que interfieren en la actitud de las mujeres en estudio.(gráfico 2)

Por otro lado al explorar la actitud por reactivos se pudo identificar que un 64% de mujeres creen que el examen de PAP debe hacerse solo si un personal de salud lo solicita, Así mismo un 64% las cuales consideran que el espéculo que se utiliza para realizar el PAP es un obstáculo para acudir a realizarse la prueba; debido a que refieren que es incómodo y muchas veces produce, dolor, generando así una barrera para que

un buen porcentaje de mujeres no se realice la prueba. Sin embargo es necesario considerar que el 64% del colectivo explorado, reconocen la importancia de la prueba para detectar el cáncer, un 56% muestran disponibilidad para realizarse la prueba, anualmente y un 97.4 % muestra disponibilidad y tiempo para la lectura de los resultados (tabla 2). Resultados semejantes al estudio de **Martínez y Vázquez** ⁽¹¹⁾ (2010) Veracruz, México, donde se evidencia que el 91.4% de mujeres en estudio presenta actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y solo un 8.6% actitud indiferente frente a la toma del Papanicolaou.

Del mismo modo en el estudio de **Huamaní C** (2007) ⁽¹²⁾ en mujeres trujillanas evidenció que 81,3% tienden a mostrar predisposición al momento de realizarse el examen de Papanicolaou, mostrando actitud favorable, mientras que el 18,7% tiene 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 ante la prueba citológica.

Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida y se encuentra influenciada, por la cultura, actitudes, emociones de la persona, etc. generándose de esta manera que la persona responda a un estímulo ⁽²⁵⁾ Según **Purnell y col.** propone que el origen de las prácticas se da dentro del contexto cultural y que es allí donde las prácticas, acciones o comportamientos adquieren un significado y una

trascendencia particular. De igual manera **Kasl y Cobb**, refiere que las prácticas, al igual que las creencias, son dinámicas, cambian en respuesta al contexto cultural y social que rodea al individuo ⁽³¹⁾

Situación que en plano empírico muestra resultados preocupantes, donde se evidencia a un 60.7% de las mujeres las cuales refieren que no se practicaron la prueba en el año de estudio, un 44% refiere que no practica la prueba del PAP por iniciativa propia si no que lo hacen por sugerencia de otra persona y un 76.7% respondieron que se realizan el PAP ocasionalmente y no anualmente como está establecido, a esto se suma un 94% de mujeres que no reclaman los resultados de la prueba del PAP, acompañado de un 88.7% las cuales no solicitan información sobre los resultados de la prueba, algunas razones para no recoger resultados están relacionadas con el miedo al resultado y falta de tiempo para escuchar a explicación de la prueba.

Sin embargo un 100% manifiestan que si se han realizado el Papanicolaou en su vida. Estudio similar encontrado por **Cogollo Z** ⁽⁵⁾, donde se observó que el 44% de las mujeres evaluadas tienen práctica correcta, el 56% restante práctica incorrecta. Por otro lado **Tenorio, I.** ⁽⁷⁾ 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 las mujeres entrevistadas refieren que no se realizan con personal de 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 realiza la prueba por que produce dolor .

Los resultados señalados generan mayor interés puesto que existe desconocimiento sobre la prueba de Papanicolaou, sin embargo persiste una actitud favorable frente a la prueba y una práctica inadecuada, de allí si nos ceñimos a la teoría del conductismo humano que refiere que el comportamiento puede ser reducido a estímulo–respuesta. Analizando esta teoría se podría decir que las mujeres del PJ1° Mayo se encuentran frente a un déficit de estímulo por lo cual la respuesta no es adecuada.

De acuerdo a esta situación se infiere que es necesario modificar conductas de riesgo así como identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos negativos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que llevan a modificarlas. Así mismo se debería reforzar conocimientos y creencias positivas que contribuyen en el autocuidado de su salud.

V. Conclusiones

1. Las mujeres del Pueblo Joven 1° de Mayo no tienen un conocimiento global sobre la prueba de Papanicolaou (52.7%) siendo los reactivos menos conocidos, el desconocer que la toma de la muestra se extrae del cuello uterino y desconocen las tres condiciones básicas o requisitos para realizarse la prueba del PAP siendo estos, no tener relaciones sexuales dos días antes del examen, no estar menstruando, y no usar cremas ni óvulos vaginales.
2. Las mujeres tienen actitud global favorablemente frente a la prueba de Papanicolaou. Sin embargo al interior de los reactivos se identificó que gran parte de las mujeres consideran que el espéculo que se utiliza para realizar el PAP es un obstáculo para acudir a realizarse la prueba; debido a que refieren que es incómodo y muchas veces produce, dolor, y creen que el examen debe hacerse solo si un personal de salud lo solicita.
3. Las prácticas positiva sobre prevención de cáncer de cuello uterino, en las mujeres edad reproductiva se ve reflejada en el 46%, mientras que un importante porcentaje (54%) no tiene prácticas saludables y no cumple con el autocuidado de su salud reproductiva.
4. Según las características sociodemográficas, las mujeres son mayores de 30 años, mantienen relaciones sexuales ocasionalmente, convivientes, grado de instrucción hasta secundaria, ama de casa y de religión católica. Las respuestas frente a las características sexuales, es que iniciaron su actividad sexual entre las edades de 15-19 años y tuvieron de 1-2 compañeros sexuales.

ASPETOS COMPLEMENTARIOS:

Tabla 6

Conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven 1° de Mayo, Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

CONOCIMIENTO GLOBAL	N	%
SI	71	47.3
NO	79	52.7
TOTAL	150	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

Tabla 7

Actitud global frente la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven 1° de Mayo, Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

ACTITUD GLOBAL	N	%
FAVORABLE	88	58.7
DESFAVORABLE	62	41.3
TOTAL	150	100

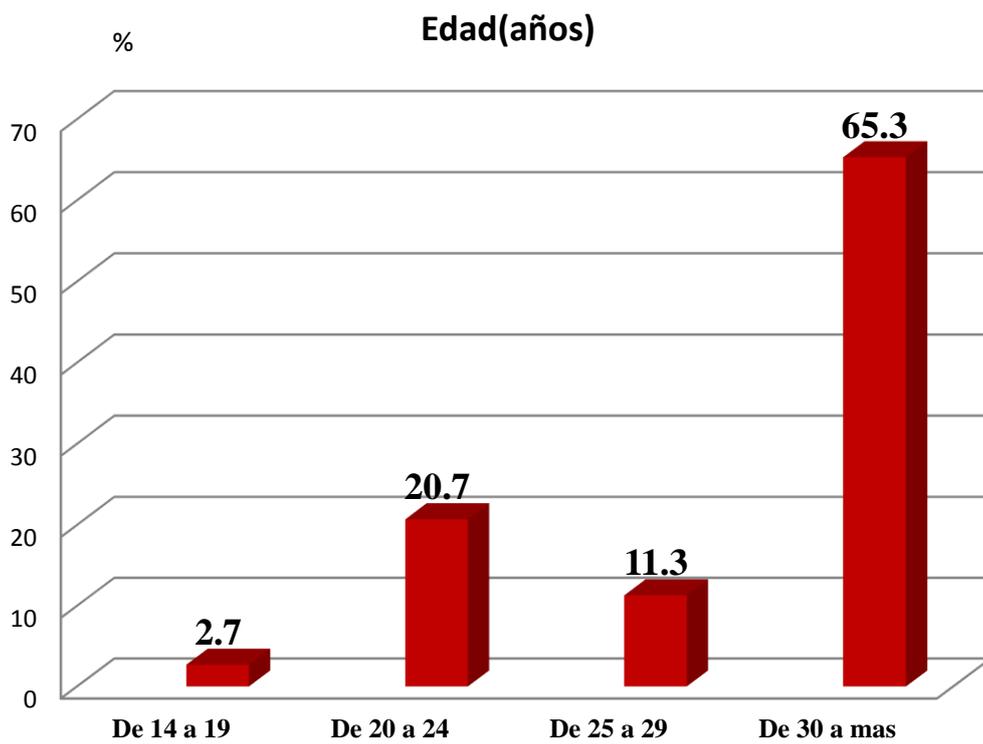
Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.

Tabla 8

Práctica global sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

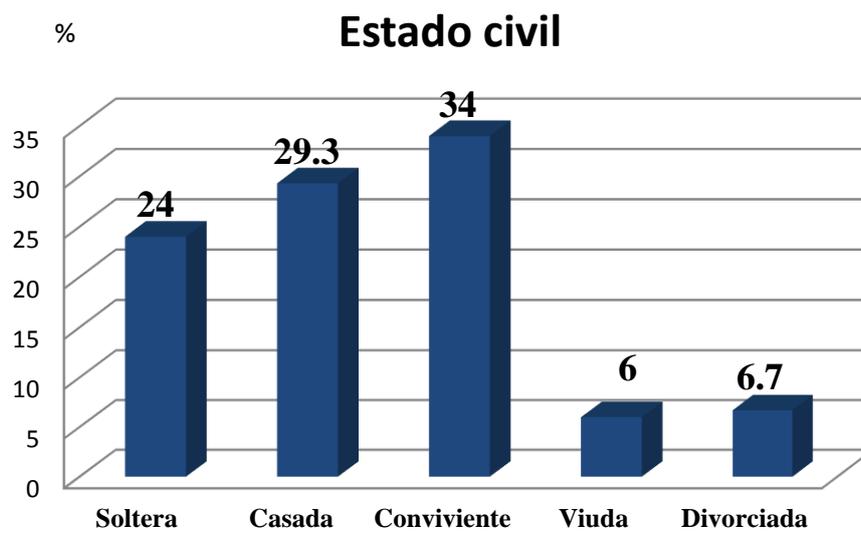
PRACTICA GLOBAL	N	%
SI	69	46
NO	81	54
TOTAL	150	100

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo, 2014.



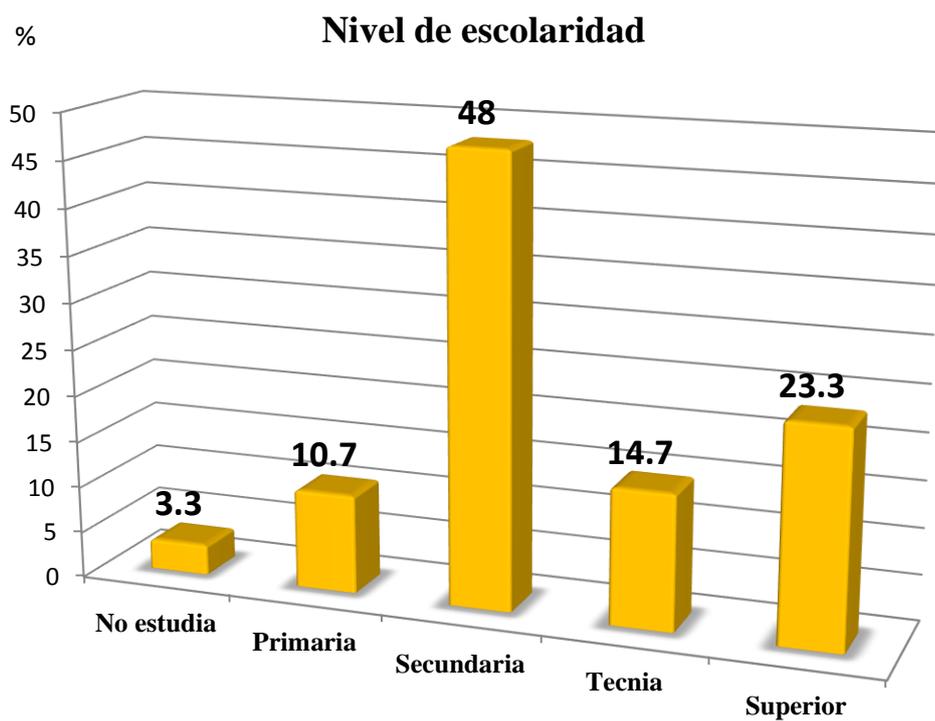
Fuente: *Tabla 4.*

Figura 4. Gráfico de barras de edades de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.



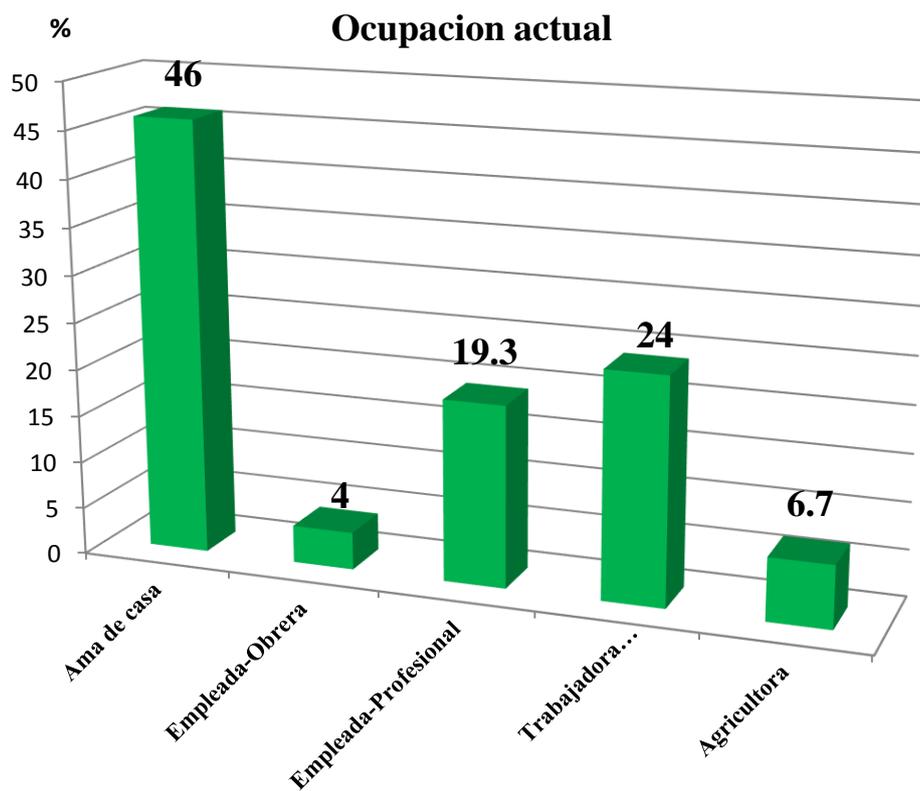
Fuente: Tabla 4.

Figura 5. Gráfico de barras de estado civil de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.



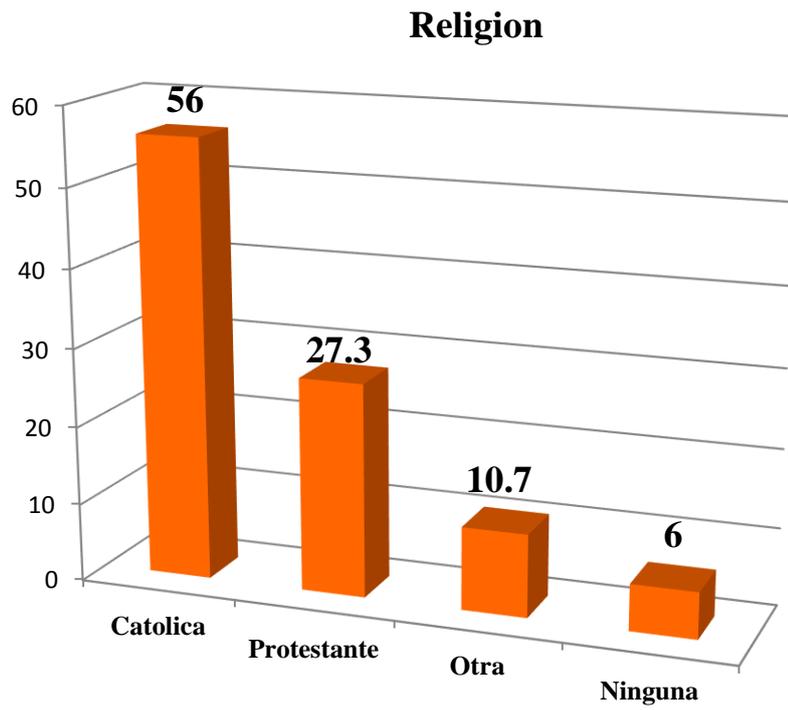
Fuente: Tabla 4.

Figura 6. Gráfico de barras de nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 4

Figura 7. Gráfico de barras de ocupación actual de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.



Fuente: Tabla 4

Figura 8. Gráfico de barras de religión de las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven 1° de Mayo Distrito Nuevo Chimbote, 2014.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA TOMA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE
<p>¿Qué conocimiento, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Primero de Mayo del distrito de Nuevo Chimbote durante el periodo Abril - Julio del 2014?</p>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los conocimientos , actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Primero de Mayo del Distrito de Nuevo Chimbote durante el periodo Abril -Julio del 2014 <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou en las mujeres en Edad Fértil del PJ. 1 Mayo del distrito de Nuevo Chimbote, en el período Abril- Julio 2014 • Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del PJ. 1 Mayo del distrito de Nuevo Chimbote, en el período Abril- Julio 2014 • Identificar la actitud global frente a la toma de la prueba de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del PJ. 1 Mayo del distrito de Nuevo Chimbote, en el período Abril- Julio 2014. • Identificar la actitud frente a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la toma y recojo de los resultados en las mujeres en edad fértil del PJ. 1 Mayo del distrito de Nuevo Chimbote, en el período Abril- Julio 2014. • Identificar 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 edad fértil del PJ. 1 Mayo del distrito de Nuevo Chimbote, en el período Abril- Julio 2014. • Describir las características socio demográfico, sexual y reproductivo en las mujeres en edad fértil del PJ. 1 Mayo del distrito de Nuevo Chimbote, en el período Abril- Julio 2014. 	<p>Por ser de nivel descriptivo no se consideró una hipótesis</p>	<p>Variable principal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Conocimientos</u> • <u>Actitudes</u> • <u>Practicas</u>

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS
<p>Tipo: Descriptivo</p> <p>Nivel: Cualitativo</p> <p>Diseño: Simple de una sola casilla de cohorte transversal.</p>	<p><u>Población:</u> El ámbito geográfico está compuesto por el Pueblo Joven 1° Mayo en el Distrito de Nuevo Chimbote, la población está constituida por 756 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que radican en dicha comunidad.</p> <p><u>Muestra:</u> La muestra será probabilística utilizando formula 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>Técnica:</u> 1. Encuesta: Conocimiento</p> <p><u>Instrumentos:</u> 1. Cuestionario</p>	<p>Para el análisis de los resultados se empleó la Bioestadística, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Marcos .Pablo. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. Revista de Posgrado de la VI Catedra de Medicina-Nº 141- Enero 2005.pdf.
2. Arenas Aponte Rosmar, Henríquez Romero Danexys, González Blanco Mireya. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. Rev. Obstet Ginecol Venez. 2011 (Fecha de acceso: Junio-2015).Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400006&lng=es.
3. Arrossi, S. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino: Informe final. Diagnóstico de situación del programa Nacional y Programas Provinciales / la ed.-Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2008.
4. Huamaní, Charles; Hurtado-Ortega, Ana; Guardia-Ricra, Manuel Y Roca-Mendoza, José. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [online]. 2008, vol.25, n.1 [citado 2015-06-25], pp. 44-50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
5. Cogollo Z et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cervico-uterino en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). *Salud, Barranquilla* [online]. 2010. 26(2): 223-231. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt
6. Guillermo Julca, Abigail Elicet; Solís Villanueva, Amelia Nelly. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Frente A La Toma Del Papanicolaou En Mujeres Del Hospital En Chacas. In *Crescendo Ciencias De La Salud*, [S.L.], V. 1, N. 2, Dic. 2014. ISSN 2409-8663. Disponible En: <Http://Revistas.Uladech.Edu.Pe/Index.Php/Increscendosalud/Article/View/378/259>>. Fecha De Acceso: 01 Oct. 2016 Doi:<Http://Dx.Doi.Org/10.21895/In Cres Cs.V1i2.378>.
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. Seminario-Pintado, Chero-Farro, Colorado-Julca, Gómez-Palacios, Lamas-Ramírez, Parraguez-Mendoza, Villalobos-Aguinaga, León-Jiménez. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo. Revista de Salud Pública de Perú. 2010. 4(2): 95 – 96. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060441.pdf>
 9. 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>
 10. 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
 11. 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
 12. 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>
 13. Bazán F.Posso Gutiérrez C, Conocimientos, actitudes y Prácticas sobre la Prueba del Papanicolaou. Revista de salud Pública del Perú. Enero-Marzo 2007; 68(1):1-12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S10255832007000100006&script=sci_arcttext
 14. 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>
 15. Palma Flores, J. Prácticas de prevención del cáncer cervico-uterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores. Lima; 2011, 48 – 57. Disponible

en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/palma_fj/palma_fj.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2011/palma_fj/palma_fj.pdf)

16. Nelly Solís. Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres del AAHH Tangay- nuevo Chimbote, 2013". Perú 2013 [online]. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2014/01/02/162855/16285520140703113154.pdf>
17. Guzmán M. La generación del cambio clamático. [online]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=-0sPEWK-SzMC&pg=PA279&lpg=PA279&dq>
18. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 5ed. México D.F. McGraw-HILL/INTERAMERICANA EDITORES S.A.; 2010
19. Canales F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. 5ed. México: Limusa S.A.; 2004.
20. 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>
21. American Cancer Society. Resumen sobre cáncer de cuello uterino. 2009. 4-7. Disponible en: www.cancar.org
22. 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.
23. Escámez Sánchez, J. Valores, actitudes y habilidades en la Educación para la salud. [Serie en internet]. 2002; [citada 2013 noviembre 23]; [Alrededor de 19 pantallas]. Disponible en: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/0402.pdf>
24. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación: Construcción de escalas. [online]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=bnATYNmjP0cC&pg=PA24&lpg=PA24&dq>

25. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervico uterino. Chile: Minsal, 2° Edición. 2010.
26. 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.
27. Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervico uterino en América Latina 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>
28. 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
29. Resumen sobre cáncer de cuello uterino. American Cancer Society.2009.4-[Online]. Disponible en: www.cancer.org
30. Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. El modelo de creencias de salud. Re\ E\p Salud Pública 1997: 71: 335-311.
31. Melguizo Herrera E. Alzate M Creencias y prácticas en el cuidado de la salud.Colombia;Pg:112-123, 2008.[Online] Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 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 un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Primero de mayo, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa. Motivo por el cual solicitamos tu colaboración, para que ayudes respondiendo las preguntas del cuestionario, la información es estrictamente confidencial .Muchas gracias por tu colaboración

Ahora te presentamos una serie de interrogantes sobre la Prueba del Papanicolaou. Por favor responde de acuerdo a tu propia apreciación.

CONOCIMIENTO

<p>1) La citología vaginal o prueba del Papanicolaou es un:</p> <p>1.- Examen de sangre 2.- Examen del cuello del útero 3.- Examen radiológico 4.- Examen médico 5.- No se</p>
<p>2.- La citología vaginal o prueba del Papanicolaou se toma en:</p> <p>1.- Cuello del útero 2.- Vagina 3.- Ovarios 4.- No se</p>
<p>3.- La citología vaginal o prueba del Papanicolaou sirve para:</p> <p>1.- Saber si hay una infección vaginal 2.- Detectar el cáncer de cuello uterino o cérvix 3.- Para saber si se tiene un infección urinaria 4.- No se</p>
<p>4.- Realizarse la citología vaginal o prueba del Papanicolaou es importante porque:</p> <p>1.- Permite detectar precozmente el cáncer de cérvix 2.- Sirve para curar las inflamaciones 3.- Diagnóstica infecciones de transmisión sexual 4.- Prevenir cáncer de cuello uterino 5.- No se</p>
<p>5.- En qué casos se puede dejar para después la citología vaginal o prueba del Papanicolaou; cuando:</p> <p>1.- La mujer está menstruando 2.- Se ha tenido relaciones sexuales el día anterior 3.- Se aplicó cremas u óvulos vaginales 4.- No se 5.- Todas las anteriores</p>
<p>6.- Cuál es la frecuencia con que se debe realizar la citología vaginal o prueba del Papanicolaou:</p> <p>1.- Cada seis meses 2.- Cada año 3.- Entre dos y tres años 4.- No se</p>

ACTITUDES

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

- De acuerdo (A): Puntaje de 5
- Parcialmente de acuerdo (PA): Puntaje 4
- Indiferente (I): Puntaje 3
- Parcialmente en desacuerdo (PD). Puntaje 2
- En desacuerdo (D): Puntaje 1

ACERCA DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU	A	PA	I	PD	D
	5	4	3	2	1
1.- Demuestro disponibilidad para la realización del examen de Papanicolaou.					
2.- Es un examen que debe hacerse si el médico lo solicita.					
3.- El material que se usa no es un obstáculo para que me realice el examen de Papanicolaou.					
4.- Considero necesario hacerme la prueba del Papanicolaou todos los años.					
5.- Es muy importante realizarme periódicamente la prueba para detectar el cáncer a tiempo.					
6.- Siempre solicito los resultados de la prueba del Papanicolaou.					
7.- Es necesario que el médico me explique los resultados.					
8.- Demuestro disponibilidad para la lectura de los resultados por la/el obstetra.					

PRÁCTICAS

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

1.- Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou: 1.- Si 2.- No
2.- Cuándo 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
3.- Con qué frecuencia se la ha practicado: 1.- Anual 2.- Cada seis meses 3.- Cada tres años 4.- Ocasionalmente 5.- Nunca
4.- Porqué se practicó la prueba del Papanicolaou: 1.- Por indicación del médico/obstetra 2.- Por iniciativa propia 3.- Por sugerencia de un tercero 4.- No se
5.- Reclamó los resultados: 1.- Si 2.- No
6.- Solicitó explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud: 1.- Si 2.- No

;; MUCHAS GRACIAS ;;

ANEXO: N° 02

CARTA DE PRESENTACIÓN

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

Sra. o señorita
Presente.-

De mi mayor consideración:

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

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, junto con muchas otras participantes del Pueblo Joven Primero de Mayo. 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 el Pueblo Joven primero de Mayo.

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

Atentamente,



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) 327933

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.

MANIFIESTO:

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

Firma de la encuestada
DNI:

Fecha: _____

