



---

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  
MIRAMAR BAJO – CHIMBOTE 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORA

ANA FABIOLA LI VÉLEZ

ASESORA

MGTR. NELLY AMELIA SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE – PERÚ

-2016-

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE  
PAPANICOLAOU EN MUJERES DEL PUEBLO JOVEN  
MIRAMAR BAJO – CHIMBOTE 2014**

## **JURADO EVALUADOR**

Mgtr. Lucia Villanueva Vásquez

**Presidenta**

Mgtr. Carmen Aguirre Espinoza

**Secretaria**

Mgtr. Melva Loyola Rodríguez

**Miembro**

## AGRADECIMIENTO

**A Dios**, por haberme dado fuerza y valor para terminar mis estudios y a mis padres por el gran ejemplo de superación y amor.

A nuestra asesora de tesis, Obst. Nelly Solís Villanueva, por motivarnos y apoyarnos constantemente, con profesionalismo en el desarrollo y elaboración de este trabajo de investigación.

A los moradores del Pueblo Joven Miramar Bajo que siempre se mostraron respetuosos y tuvieron la amabilidad de abrir sus puertas para colaborar con nuestro estudio con honestidad y paciencia.

## DEDICATORIA

A Dios por darme salud y las fuerzas necesarias para culminar con éxito el objetivo que me trace.

A mis dos grandes motores, Christoffer y Fátima porque su amor, paciencia y comprensión fueron la base para que pueda lograr mis sueños.

A Marco por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado.

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo general:** describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres del Pueblo Joven “Miramar Bajo”, Provincia de Santa - Distrito de Chimbote en el periodo Abril – Julio de 2014”.

**Metodología:** se centró en un estudio de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, de cohorte transversal de una sola casilla. La población lo constituyeron 3.896 mujeres en edad fértil, se utilizó el muestreo no probabilístico, la muestra lo constituyo 150 mujeres en edad fértil. **Resultados:** un 69,3% de las mujeres manifestaron un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, este alto conocimiento se muestra en el 96,7 % sabe que es la prueba y el 94,0% para qué sirve. La mayoría (86,0 %) de las mujeres tuvo una actitud global favorable frente a la toma del Papanicolaou, sin embargo en cuanto a la práctica global demostraron que solo el 22,7% de las mujeres tuvo prácticas positivas hacia la prueba y el 77,3 % tuvieron prácticas inadecuadas. **Conclusiones:** Las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo tuvieron un conocimiento alto sobre la toma del Papanicolaou, de igual forma presentaron actitudes favorables, dichas variables no fueron de la mano con la práctica, ya que las mujeres en estudio tuvieron prácticas negativas.

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

## ABSTRACT

The present study had as **General Objective**: describe the knowledge, attitudes and practice on Papanicolaou capture, in women of the Human settlements “Miramar Bajo”, Province of Santa – District of Chimbote in the period April – July of 2014.

**Methodology**: focused on a descriptive study, quantitative level, and cross-cohort one box. The population is constituted by 3896 women of childbearing age. We use the sampling no probabilistic; the sample was constituted by 150 women in fertile age.

**Results**: 63.3 % of the women demonstrated a global knowledge on the capture of the Papanicolaou, this high knowledge appears in 96.7 % women know about the test and 94.0 % in order that it serves. The majority (80%) of women had a favorable attitude toward the capture of Papanicolaou. however as the global practice was showed that only 22.7% of women had positive practices to the test and 77.3% had Inadequate practices. **Conclusions**: The women in fertile age of the young village Miramar Bajo had high knowledge in the capture of Papanicolaou, in the same way positive attitudes were presented; these variables were not hand in hand with practice. As the women in studies were negative practices.

**Keywords**: Attitudes, knowledge, Papanicolaou and practice.

## CONTENIDO

1. TÍTULO DE LA TESIS	ii
2. HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR	iii
3. HOJA DE AGRADECIMIENTO	iv
4.- HOJA DE DEDICATORIA	v
5. RESUMEN	vi
6. ABSTRACT	vii
7. CONTENIDO	viii
8. ÍNDICE DE TABLAS	xi
9. ÍNDICE DE FIGURAS	xii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b>	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. En relación al conocimiento sobre la toma del Papanicolaou	7
2.1.2. En relación a la actitud sobre la toma del Papanicolaou	10
2.1.3. En relación a la práctica sobre la toma del Papanicolaou	11
2.2. Bases teóricas	14
2.2.1. Bases teóricas del conocimiento	14
El conocimiento desde el punto de vista de la Salud	17
2.2.2. Bases teóricas de la actitud	18
Teoría del aprendizaje	18



Teoría de la consonancia cognitiva	19
Teoría de la disonancia cognitiva	19
Componentes de la actitud	20
La actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud	22
2.2.3 Bases teóricas de la práctica	25
2.3 Marco Conceptual	26
Historia del Examen del Papanicolaou	26
2.3.1. Cáncer del cuello uterino	27
2.3.2. Prevención	28
Prevención Primaria	28
Prevención Secundaria	30
Prevención Terciaria	34
2.3.3. Factores de riesgo asociados	34
2.3.4. Clínica del Cáncer y Sintomatología	38
2.3.5. Diagnóstico del Cáncer del Cuello Uterino	39
2.3.6. El Sistema Bethesda	40
2.3.7. Rol de la usuaria en la prevención del Cáncer de Cuello Uterino	41
2.3.8. Modelo del nivel de salud de OMS	42
<b>III. METODOLOGÍA</b>	44
3.1. Diseño de la investigación	44
3.2. Población y Muestra	45
Criterios de inclusión y exclusión	45

3.3. Técnicas e instrumentos de medición	50
3.3.1. Técnica	50
3.3.2. Instrumento	50
3.3.3. Procedimiento	51
3.3.4. Plan de Análisis	52
<b>IV.- RESULTADOS</b>	<b>53</b>
4.1. Resultados	53
4.2. Análisis de resultado	63
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>69</b>
<b>ASPECTOS COMPLEMENTARIOS</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>88</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo”- distrito Chimbote – 2014.	39
Tabla 02	Actitud frente a la toma del Papanicolaou según reactivos en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo” – distrito de Chimbote- 2014.	41
Tabla 03	Practica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo” distrito Chimbote -2014.	43
Tabla 04	Características sociodemográficas en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo” distrito Chimbote – 2014.	44
Tabla 05	Características sexuales y reproductivas de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo” distrito Chimbote- 2014.	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01	Gráfico circular de conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo ”- distrito Chimbote – 2014.	38
Figura 02	Gráfico circular de actitud global frente a la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo” distrito de Chimbote – 2014.	40
Figura 03	Gráfico circular de práctica global frente a la toma de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil del pueblo joven “Miramar Bajo” distrito Chimbote - 2014.	42

## I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres más comunes, el cual representa el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres y el 99.7% “de los casos están relacionados con la infección genital por Virus” (citado por Alcalde, 2016) del Papiloma Humano (VPH). Es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina. No cabe duda que el cáncer en el Perú ha cobrado importancia no solo por su frecuencia que va en aumento, sino por el daño que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias, habiéndose convertido en la segunda causa entre las muertes registradas en nuestro país. Calculamos que se producen no menos de 35,500 casos nuevos de cáncer por año en nuestro país y lamentablemente, solo aproximadamente 12,000 son diagnosticados y tratados, no todos ellos en adecuadas condiciones, situación además agravada pues la mayoría de los casos es diagnosticada tardíamente en estadios avanzados donde el tratamiento solo puede ser paliativo y relativamente poco efectivo.

Estos datos ponen de manifiesto la importancia de buscar alternativas para que las mujeres logren incorporar a su cotidianeidad una vida de salud sexual y reproductiva con autocuidado. Estudios revelan que el número de afectadas podría disminuirse con la incorporación de la práctica de autocuidado y específicamente a través de la prueba de Papanicolaou que permite detectar cambios citológicos tempranos, mediante una muestra citológica exfoliativa; el cual debe ser realizado en todas las mujeres

sexualmente activas es confiable, sencilla y de bajo costo y ha significado un gran avance en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Un mayor nivel de conocimientos está relacionado con una mayor probabilidad de uso del Papanicolaou y con ello a un diagnóstico precoz; sin embargo, hay mujeres que tienen bajos conocimientos o presentan actitudes y prácticas desfavorables hacia la toma de Papanicolaou. En Ancash, el cáncer de cérvix representa una patología de alta incidencia y alta mortalidad, por eso es de suma importancia investigar y evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la toma del Papanicolaou y describir características sobre la práctica periódica de la misma. Por lo que, los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, a fin de disminuir la incidencia, mortalidad y costos de atención de los tratamientos para cáncer de cuello uterino.

El Pueblo Joven "Miramar Bajo" está ubicado en el Distrito de Chimbote Provincia del Santa se calcula que tiene 29,130 habitantes, las mujeres en edad fértil están categorizadas en: de 15 – 19 años: 1.344 mujeres y de 20 – 49 años: 2.552 mujeres, con características innatas y socio cultural de zona costera y un menor porcentaje provenientes de la serranía de Ancash, las mujeres generalmente se dedican al comercio independiente, otras son trabajadoras del hogar y/o trabajan en las fábricas pesqueras,

por el agitado horario de trabajo que tienen, por las diferentes actitudes desfavorables (timidez, baja autoestima, insensatez) y prácticas negativas, lo cual tiende a ser interferidas por la libre información sobre sexualidad provenientes por los diferentes medios de comunicación, de la falta de conocimientos, creencias que son transmitidas de generación a generación hacen que las mujeres dejan de lado el cuidado a su salud y no acuden a sus controles obstétricos abriendo así una brecha perjudicial en su salud sexual y reproductiva.

Ante la problemática encontrada “surge la siguiente interrogante: *¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil del PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote, en el período Abril - Julio 2014?*

Para dar respuesta al problema, se planteó el siguiente objetivo general: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou, en mujeres en edad fértil” (citado por Alcalde, 2016) del ámbito en estudio. Y así mismo para poder conseguir este objetivo, se plantearon seis objetivos específicos, siendo el primero “describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou en las mujeres en edad fértil, identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou, de igual forma el tercero identificar la actitud global frente a la toma de la prueba del Papanicolaou, como cuarto se planteó identificar la actitud frente a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las mujeres en estudio, luego describir las prácticas relacionadas con la toma del examen de Papanicolaou, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los

resultados en mujeres” (citado por Alcalde, 2016) de edad fértil y finalmente se describen las características Sociodemográficas, Sexuales y Reproductivas.

Esta investigación se justifica porque se convierte en un aporte teórico para ser utilizado por las instituciones de salud, dado que a partir de los resultados se pueden implementar estrategias educativas, teniendo en cuenta las brechas del conocimiento, de las actitudes y las prácticas de las mujeres, el aporte social está presente, toda vez que la mujer como pilar de la familia, y ésta considerada el núcleo de la sociedad, se beneficiaran las mujeres del Pueblo Joven Miramar Bajo, puesto que los resultados evidencian las brechas reales existentes en ésta población.

La metodología es un “estudio de tipo descriptivo de nivel cuantitativo, diseño de una sola casilla de cohorte transversal” (citado por Alcalde, 2016). La población está compuesta por 3.896 mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, teniendo como muestra a 150 mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo “con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos” (citado por Alcalde, 2016).



“A continuación se desarrolla los detalles del contenido de los V capítulos: El capítulo I recoge la descripción del contexto, objetivos, alcance y estructura de esta tesis. El capítulo II” (citado por Alcalde, 2016) constituye el estado del conocimiento de la cuestión tratada en la tesis. Por un lado, sintetiza el marco teórico de las medidas de prevención de Cáncer de cuello uterino, y por otro lado un resumen de las teorías de los factores modificables y no modificables del problema. En él se plantea un análisis de las Teorías de conocimientos, actitudes y prácticas para la toma del Papanicolaou, Por otro lado, este capítulo se centra también en las definiciones y conceptos a partir de la matriz de operacionalización de variables que servirán de fundamento de la propuesta. El “capítulo III es la parte empírica del estudio, describe el tipo y nivel del estudio, la población y muestra de las participantes, la técnica e instrumento utilizados; sus características y el procedimiento seguido durante el trabajo de campo efectuado en los asentamientos humanos” (citado por Alcalde, 2016).

En el capítulo IV presenta los principales resultados de este trabajo que se han agrupado en dos niveles de análisis descriptivo que lleven a demostrar y alcanzar los objetivos planteados, nos interesaba conocer si las variables estaban presentes en el colectivo estudiado y qué porcentaje de ellas están afectadas por la falta de conocimientos y prácticas sobre la toma del Papanicolaou y que el indicador sería de mayor preocupación para ser revertida. En el “capítulo V sintetiza las conclusiones principales a las que se llegó en toda la investigación” (citado por Alcalde, 2016). Finalmente, se resume la aportación al conocimiento y se incluyen una serie de recomendaciones para futuras investigaciones.

Finalmente se concluye que las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo en su mayoría tienen un conocimiento global alto sobre la toma del Papanicolaou, muestran actitudes favorables y contrariamente prácticas negativas, situación que nos pone en alerta lo cual nos motiva a profundizar en el estudio para poder relacionar el alto conocimiento las actitudes favorable con la práctica responsables y positivas.

## II. Revisión de la literatura

### 2.1. Antecedentes

#### *2.1.1.- En relación al Conocimiento sobre la toma del Papanicolaou.*

Producto de la revisión literaria a nivel internacional se encuentra a **Figuroa. N** <sup>(5)</sup> en el año 2010, en la ciudad de Colombia encontró que cuando se hace mención al nivel de conocimientos sobre la citología, aproximadamente el 83,3% de las encuestadas respondieron adecuadamente; solo el 16,7% manifestaron no saber o asociarlo a otro tipo de examen. En relación al sitio de la toma de la muestra se presenta que el 45,3% conocen el lugar para la toma de la muestra, a comparación con el 42% que mencionó a la vagina como el sitio para la toma de ésta; aproximadamente el 11,3% manifestó no saber.

En el mismo año **Cogollo. Z** <sup>(6)</sup> en la ciudad de Colombia, realizó un estudio donde el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimiento sobre citología cervico-uterino: seguido por un nivel intermedio en el 40%. Con respecto a los reactivos estudiados, en cuanto a la pregunta sobre la zona donde se extrae la muestra del PAP para la detección temprana del cáncer cervical, el 57% respondió que se debe tomar en el cuello del útero, y el 23% considera que ésta proviene de la secreción vaginal. A la interrogante sobre cuál es el propósito de la prueba citológica, el 71% de las mujeres respondió que es detectar

tempranamente el cáncer de cuello uterino, mientras que el 23% considera que es detectar cualquier cáncer ginecológico.

Del mismo modo, **Barrios. L** <sup>(7)</sup> en el año 2013, en la ciudad de Colombia, en relación al conocimiento, descubrió que el 85,4% de las pacientes encuestadas saben que es la citología cervico-uterino y solo un 14,7% no sabe o no responde. Así mismo en relación a los reactivos el 98,8% contestó que la citología sirve para detectar cáncer de cérvix y el 1,2% no sabe cuál es su utilidad. Igualmente el 83,1% de las encuestadas respondió que sí saben que el cáncer de cérvix se puede detectar a tiempo mediante esta prueba del Papanicolaou. En relación a la parte del cuerpo donde se realiza la citología el 76,2% contesto correctamente (cuello del útero o matriz) y el 11,5% dijo que se toma en el flujo vaginal y para culminar a la pregunta de cuál es la frecuencia con la que se debe realizar la citología el 82,7% contesto que debía realizarse una vez al año y el 2,3% dijo que debía realizarse tres veces al año.

Pues bien, en los estudios realizados a nivel nacional, describen a **Beltrán. M** <sup>(8)</sup> en el año 2009, realizo una investigación acerca de los conocimientos sobre la toma de muestra del PAP en mujeres Trujillanas concluyendo que el 65,10% de las entrevistadas muestran un nivel alto de conocimientos acerca del examen, frente a un 34,9% que desconocen sobre este test.

Al año siguiente, **Seminario. P. et al** <sup>(9)</sup> realizaron una investigación en la ciudad de Chiclayo, con mujeres de 20 a 45 años, donde se reportó que el 44,8% de las entrevistadas, tuvieron nivel alto de conocimientos sobre la toma del PAP. Según los reactivos explorados, las respuestas incorrectas más frecuentes es que el 23,3% de las mujeres creen que “la muestra para el PAP proviene de la secreción vaginal”, mientras que el 13,8% respondieron que el PAP sirve para la “detección temprana de cáncer vaginal”.

Ya por el año 2011, **Carrasco. J y Valera. L** <sup>(10)</sup>. realizaron un estudio con el mismo grupo etario de mujeres en la ciudad de Tarapoto, donde encontraron que el 50,45% de la población entrevistada tienen un conocimiento alto sobre la prueba citológica, seguido de un 24,32% de mujeres que conocen regularmente y sólo el 25,3% tienen un nivel bajo de conocimientos en lo que respecta a este examen. Por otro lado, en el año 2013, **Guillermo. A** <sup>(11)</sup>, en su estudio realizado en el Hospital de “Mama Ashu, distrito de Chacas, reportó que el 70,7% de mujeres no tienen un conocimiento global sobre el Papanicolaou, así mismo las brechas del conocimiento se centra en el 66,7% de mujeres que no conocen en qué casos no se debe tomar la muestra del PAP, y 66,0% desconoce la importancia de la prueba de Papanicolaou, seguidos del 40,0% que no sabe el lugar de donde se toma la muestra.

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

En los estudios a nivel internacional revelan resultados importantes, así se observa en estudios de **Jaén** <sup>(12)</sup> en el año 2009, encontró que la actitud hacia esta prueba no fue favorable. Las razones señaladas se relacionan con el tiempo en la entrega de los resultados; las otras fueron de índole personal, causando desagrado, ansiedad y por falta de tiempo. Un año después, **Cogollo. Z** <sup>(6)</sup>, informó que el 55% de las encuestadas tienen una actitud desfavorable frente a la prueba de citología cervico uterino, mientras que el 45% tienen una actitud favorable. Ya en el 2010, **Martínez. M y Vázquez. Sh** <sup>(13)</sup> evidenció lo contrario, el 91.4% de las mujeres presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y tan solo el 8.6% una actitud indiferente.

Por otro lado, en los estudios realizados en los diversos departamentos del Perú, se hace relevante mencionar a **Beltrán. M** (8) en el año 2009, reportó que el 96,35% de las mujeres muestran una actitud favorable y aceptan a la toma del PAP como un estudio para la detección temprana de cáncer cervical, frente a un 3,65% que tienen una actitud desfavorable. Por otro lado, **Seminario. P. et al** (9) ya en el año 2010, obtuvo resultados muy distintos a la anterior investigación pues, el 52,6% de las entrevistadas manifiestan tener una actitud desfavorable sobre el examen del PAP frente a un 47,4% que muestran una actitud favorable. Con respecto a los reactivos estudiados se encontró que

cuando se le pregunta a las mujeres ¿Cómo se sentiría al realizarse el test de PAP?, sólo el 47,4% mujeres, refirió “sentirse dispuesta”, mientras que 22,4% refirió “sentirse preocupada”, 16,4% “incomoda” y 13,8% “avergonzada”.

**Carrasco. J y Valera. L** <sup>(10)</sup> en su estudio revelaron que el 54,05% de las mujeres entrevistadas tienen una actitud favorable frente al examen de PAP y un 24,32% poseen una actitud negativa y el 21,62% se muestran indiferentes. Dos años más tarde, **Guillermo, A** (2) reporto que el 92% de las entrevistadas tienen una actitud favorable y un 8% una actitud desfavorable sobre la toma del PAP.

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

Ya en el año 2011, **Tenorio. I** <sup>(14)</sup>, obtuvo como resultado: sobre el interés de realizarse la prueba del PAP, el 34,7% de mujeres están de acuerdo, un 32% totalmente de acuerdo, un 28% en desacuerdo y un 5,3% totalmente en desacuerdo. De acuerdo con que el PAP no se debe de realizar porque produce dolor y sangrado, un 42,7% opinaron que están en desacuerdo, un 38,7% totalmente en desacuerdo, un 13,3% están de acuerdo y un 4% están totalmente de acuerdo. Se investigó las razones principales por las no se han realizado la prueba, encontrándose que un 24,3% sienten vergüenza, otro 24,3% sienten miedo a la prueba, un 16,2% por descuido, un 13,5% refieren que no se lo

realizan con personal del sexo masculino, un 8.1% por falta de interés y otro 8.1% por miedo a los resultados, un 5.4% no se realizan la prueba porque produce dolor. En el comportamiento sobre recoger los resultados del examen, el 76.1% de las mujeres recogen los resultados de la prueba, un 23.9% no realizan esta acción.

En este mismo año **Figuroa. N** <sup>(5)</sup>, encontró que el 83.3% de la población ha practicado la citología vaginal. Con respecto al periodo en que se lo practica el 36% lo hace anual y el 27.3%, cada seis meses; en contraste con el 36.7% que respondieron periodos de tiempo más largos o no habérsela realizado nunca. Las razones por la cual las encuestadas se realizan el examen son por iniciativa propia 48.8% e indicación médica; solo el 3.2% lo hizo por sugerencia de un tercero. De estas cerca del 85.6% reclamaron los resultados y el 87.9% de las mismas solicitaron explicaciones al personal asistencial en relación al reporte del examen. Así mismo; **Cogollo. Z** <sup>(6)</sup> observo que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta, el 56% restante una práctica incorrecta.

Por su parte, **Palma** <sup>(15)</sup> en el año 2011, el 84,9% de las entrevistadas refirieron realizarse el Papanicolaou; de las cuales sólo el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, el 34,6% se realiza cada año, el 67,8% hace menos de un año, el 30,8% más de seis veces, el 86,1% conoce el resultado de su último



Papanicolaou, y sólo el 36,1% conoce el propósito de la prueba, mientras que 30% se refirió preocupada, 16,2% incómoda y 10,8% avergonzada.

Así mismo investigadores peruanos como **Seminario. P. et al** <sup>(9)</sup> en el año 2011, obtuvieron como resultados: sobre las prácticas que asumen las mujeres frente a la toma del PAP, un 44% respondieron que acuden a un establecimiento de salud para realizarse este examen citológico con una frecuencia adecuada; el 31.9% nunca se había realizado el examen y el 13.8% solo una vez en toda su vida. Cuando se les preguntó cuál fue el motivo más importante que las llevó a hacerse un PAP, el 41.4% mencionaron que fue “por iniciativa propia” y el 15.5% lo hicieron por “solicitud médica”.

Por otro lado, **Carrasco. J y Valera. L** <sup>(10)</sup> en el mismo año, en su estudio se concluyó que el 76,58% de las encuestadas tienen una práctica inadecuada. Solo el 23,42% mantienen una práctica adecuada. Dichos resultados tiene una semejanza a la investigación de **Guillermo. A** <sup>(11)</sup> quien informó que el 84% de la población de mujeres en edad fértil no practican el examen de PAP, a comparación de un 16% que si tienen practicas adecuadas. En cuanto a los reactivos estudiados de la variable, el 58,7% se realizan el PAP por indicación médica o de terceros y el 41,3% de las mujeres por iniciativa propia; el 60% no

practica este examen anualmente y sólo el 40% de las entrevistadas manifiestan que tienen un control anual para detectar el cáncer de cuello uterino.

## **2.2.- Bases Teóricas**

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

Muñoz. B y Riverola. J, definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. Alavi. M y Leidner. D, lo conceptualizan como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. Alavi. M y Leidner. D, señalan; el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento <sup>(31)</sup>.

El conocimiento se concibe como la reconstrucción de los esquemas mentales del sujeto a partir de las experiencias que éste tiene con los objetos (interactividad) y con las personas (intersubjetividad) en situaciones de interacción que sean significativas de acuerdo con su nivel de desarrollo y los

contextos sociales donde se desenvuelve <sup>(10)</sup>. En este proceso se pueden identificar claramente tres factores que son determinantes en la fijación del conocimiento, como son las actitudes, las aptitudes y los contenidos. El desarrollo de cada una de ellas tiene correspondencia con la formación en el ser, en el pensar, el hacer y el saber, respectivamente, y el conocimiento adquirido por medio de la convergencia de estas cuatro dimensiones da lugar a los llamados aprendizajes significativos, que son los aprendizajes en los cuales el sujeto del proceso de formación reconfigura la información nueva con la experiencia, permitiéndole así integrar grandes cuerpos de conocimiento con sentido.

De esa integración entre conocimiento con sentido y experiencia resulta el desarrollo de actitudes y comportamiento nuevos (práctica). <sup>(16)</sup>

Según Andreu. R y Sieber. S, (1999) señalan principalmente tres características:

Es personal, ya “que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal al estar convencidas de su significado y de sus implicaciones” (citado por Alcalde, 2016).

Es permanente e incremental, ya que “su utilización puede repetirse sin que se consuma” (citado por Alcalde, 2016) o desgaste como sucede con otros bienes físicos. Por el contrario, se incrementa al utilizarse con un conocimiento recientemente adquirido.

Es guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento ya que esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias de los fenómenos percibidos por cada individuo.<sup>(17)</sup>

Con Piaget. J (1962) “sobreviene la perspectiva evolutiva cognitiva, ya que para Piaget, cooperación es” (citado por Alcalde, 2016) "el esfuerzo por alcanzar los objetivos comunes mientras se coordinan los propios sentimientos y puntos de vista con la conciencia de la existencia de los sentimientos y puntos de vista de los demás". Por lo tanto surge la premisa de que cuando las personas cooperan en su medio, surge el conflicto socio-cognitivo que crea el desequilibrio cognitivo, que a su vez estimula la capacidad de adoptar puntos de vista y lograr el desarrollo cognitivo.

“Vigotzkii (1978) basa su teoría en que las funciones y los logros humanos se originan en las relaciones sociales, dice que” (citado por Alcalde, 2016): "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 próximo es aquella situada entre lo que un alumno puede hacer sólo y lo que puede lograr si trabaja en colaboración con pares más capaces o con guías e instructores"<sup>(18)</sup>.

### **El conocimiento desde el punto de vista de la Salud:**

Se debe tener presente que la Orientación, Comunicación e Información sobre temas de Salud Reproductiva, es el proceso más eficaz para adquirir el conocimiento científico de los múltiples procesos como fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y que el conocimiento hace que los individuos identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas preventivas.

La carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. Las personas realizan sus actividades diarias de acuerdo a ciertos patrones culturales, la percepción que tenga de la realidad y del conocimiento que sobre las cosas han adquirido a lo largo de la vida. De allí que las personas interpretan su estado de salud-enfermedad según su perspectiva particular, bajo la influencia de creencias y costumbres transmitidas de generación en generación y la información que tienen de diversas fuentes <sup>(10)</sup>. En nuestro estudio consideramos que el conocimiento que tenga la paciente sobre el Papanicolaou sirva para que pueda tener una actitud favorable y decidir responsablemente la realización de la misma en condiciones adecuadas como detección temprana del Cáncer Cérvico Uterino.

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

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Estas condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales” (citado por Alcalde, 2016). Las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo<sup>(5)</sup>.

A nivel conductual, una actitud se expresa cuando aceptamos de manera natural la realización de un examen de Papanicolaou, a nivel ideático, que es el pensamiento que en ese momento la paciente se dice a sí misma, señalando que es importante realizarse el examen y por último, la amabilidad como actitud se expresa también a nivel emocional, es decir, la paciente no solo piensa que el examen es indispensable, sino que también lo siente.<sup>(12)</sup>

### **Teoría “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. Esta teoría del aprendizaje concibe a las personas como seres primariamente pasivos” (citado por Alcalde, 2016).<sup>(19, 20)</sup>

### **Teoría de la consonancia cognitiva:**

Se basa en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así la persona trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.<sup>(21)</sup>

### **“ 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” (citado por Alcalde, 2016).

“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” (citado por Alcalde, 2016).

(19, 20)

### **Componentes de las actitudes**

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativo hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componente son congruentes entre si y están íntimamente relacionados.

**Componente cognitivo:** Incluye el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas acerca del objeto de la actitud. Es un conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud.

**Componentes afectivos:** Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de las creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estado de ánimo y las emociones que se



evidencian ante el objeto de la actitud. Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto.

**Componente conductual:** Muestra las evidencias de actitud a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, cabe resaltar que este es un componente de gran importancia en el estudio de la actitud, lo constituyen las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto y se puede medir por la observación directa de como la persona se comporta en situaciones específicas de estimulación <sup>(21)</sup>

#### **Perspectiva de la actitud:**

“Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. Raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía. Se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual)” (citado por Alcalde, 2016) <sup>(21)</sup>

“Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto” (citado por Alcalde, 2016).<sup>(19, 20)</sup>

### **La “actitud desde la perspectiva del cuidado de la salud:**

La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social; cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa.(22). 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” (citado por Alcalde, 2016).

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

**“La Autenticidad:**

Implica ser lo más consciente posible de nuestros propios sentimientos y no ofrecer una fachada extrema, adoptando una actitud distinta de la que surge verdaderamente en nuestro interior” (citado por Alcalde, 2016). La autenticidad nos da el gusto de ser lo que somos, nos proporciona el sereno placer de ser nosotros mismos <sup>(22)</sup>.

### **La “Fortaleza de la Voluntad:**

La voluntad necesita ser educada y fortalecida a través de un proceso orientado por el orden, la constancia, la disciplina, la motivación y la ilusión. 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” (citado por Alcalde, 2016).<sup>(22)</sup>

### **“La Autoestima:**

Es la disposición con la que enfrentamos y evaluamos nuestra propia identidad. Una autoestima positiva es la suma de la confianza y del respeto que sentimos por nosotros mismos. Cuanto más positiva sea nuestra autoestima más preparados estaremos para afrontar las adversidades y resistir las frustraciones, más posibilidades tendremos que ser creativos en nuestro trabajo, encontraremos más oportunidades de entablar relaciones enriquecedoras, más inclinados nos sentiremos a tratar a los demás con respeto y magnanimidad, y más satisfacción encontraremos por el puro hecho de vivir. La persona con una autoestima adecuada actuará con autonomía, asumirá responsabilidades, afrontará retos, disfrutará con sus logros, tolerará frustraciones y será capaz de influir en otros; todo ello incidirá favorablemente en el proceso de su desarrollo personal” (citado por Alcalde, 2016).<sup>(22)</sup>

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

El respeto auténtico a la vida, especialmente a la vida humana, se tiene cuando en cada persona se percibe la presencia de la humanidad entera. La responsabilidad mía por el otro es la responsabilidad de una persona única por otra persona única. Me vea o no, sea pariente o no, sea de mi país o no, tiene que ver conmigo, tengo que responder de ella. <sup>(22)</sup>

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

Prácticas saludables son todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Figueroa “plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. <sup>(5)</sup>

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cérvico-uterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que llevan a modificar las negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de

control. Basado en ello, es imprescindible identificar que prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la Prueba del Papanicolaou” (citado por Alcalde, 2016).<sup>(5)</sup>

### **2.3. Marco Conceptual**

#### **Aspectos conceptuales pertinentes**

##### **Historia del Examen de Papanicolaou.**

George Nicholas Papanicolaou, médico griego, profesor asociado del departamento de anatomía patológica, colaboró con el ginecólogo C. Daniel para el diagnóstico precoz del cáncer cervical. Papanicolaou basado en sus observaciones, formuló la teoría de que «todas las hembras de especies superiores tienen una descarga vaginal periódica; los conejillos de indias son mamíferos y, por ende, deben tener una, y ésta es, tal vez, tan pequeña que no se puede percibir a simple vista». Se dice que esta afirmación fue la mecha de sus experimentos posteriores. Para observar las descargas vaginales de los conejillos de indias, compró en la tienda Tiemann un espéculo nasal para examinar los fluidos vaginales de los pequeños animales, tomando muestras seriadas y observándolas teñidas al microscopio; allí pudo descubrir una impresionante riqueza celular y la existencia de diversos patrones y secuencias citológicas. Inspirado en la idea que dichos cambios celulares pudieran ocurrir en las mujeres, realizó el primer examen de citología exfoliativa en humanos, la cual fue tomada de su propia esposa y teñida con la coloración que hasta el día de hoy lleva su nombre «la tinción de Papanicolaou».

En Febrero de 1925 comenzó un estudio sistemático de frotis cervicales y vaginales de voluntarias y trabajadoras del Hospital de la Mujer de Nueva York, donde realizó un análisis citológico exfoliativo de una mujer portadora de cáncer de cuello uterino, hecho que él mismo años más tarde describiría de la siguiente forma: “La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las estremecedoras experiencias de mí carrera científica”. Luego, reunió a otras mujeres con cáncer de cuello uterino, confirmó sus observaciones, y presentó esta nueva forma de diagnóstico de cáncer <sup>(27)</sup>.

### **2.3.1. Cáncer del cuello uterino**

Es una alteración celular que se inicia en la línea de unión del epitelio pavimentoso que cubre el exocérnix, con el epitelio cilíndrico endocérnix a nivel del orificio externo del cuello. La lesión puede ser exofítica de crecimiento hacia la vagina y endofítica de crecimiento hacia las partes altas. Obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino. Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en más del 50% de las mujeres con lesiones precancerosas, las células permanecen benignas (precancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer

cervico - uterino no muestra síntomas, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo <sup>(19)</sup>

**2.3.2. Prevención:** La prevención se refiere a todas aquellas actividades orientadas a proteger a las personas de las amenazas potenciales o reales a la salud y las consecuencias subsecuentes. Prevenir significa, inhibir el desarrollo de la enfermedad, reducir su progreso y proteger el organismo de efectos dañinos futuros. Existen tres niveles diferentes de prevención: primaria, secundaria y terciaria <sup>(19)</sup>

**“Prevención primaria:** Las principales medidas descritas para la prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de esta patología, sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por Virus Papiloma Humano (VPH)” (citado por Alcalde, 2016) <sup>(23)</sup>.

### **“Educación a la población**

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la génesis del cáncer cervico - uterino y de sus factores, es una de las principales herramienta a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, así como la



promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios de intervenciones comunitarias, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el Papanicolaou o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje” (citado por Alcalde, 2016)<sup>(23)</sup>

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

La vacuna previene la infección de dos de los genotipos más frecuentes del Virus Papiloma Humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer. Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión pre-invasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas” (citado por Alcalde, 2016). El objetivo final a largo plazo de las vacunas frente al VPH es la prevención del cáncer invasor de cuello de útero.

Persiguen tres objetivos:

A corto plazo. Obtener un impacto apreciable en la disminución de resultados citológicos anómalos y de neoplasias intraepiteliales cervicales de bajo grado.

A mediano plazo. Es la prevención de las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterinos, de alto grado. También podrían prevenir las neoplasias de vulva y vagina, sobre todo, la tetravalente.

A largo plazo. Prevención del cáncer invasor del cuello uterino <sup>(24)</sup>

La vacuna VPH se administraría inicialmente en tres dosis intramusculares a las adolescentes de entre los nueve años a los trece años, pudiéndose extender hasta los quince años. El efecto protector se prolongaría más allá de diez años de la dosis de recuerdo. La mayoría de los efectos secundarios fueron de intensidad leve o moderada. El más frecuente fue reacción en el lugar de inyección, que cursó con dolor, tumefacción y enrojecimiento. El síntoma sistémico más común fue cefalea, aunque sin significación estadística frente a placebo <sup>(25)</sup>.

**“Prevención Secundaria:** La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones, mediante la realización

del tamizaje de cáncer de cuello uterino siendo la más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou, la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix” (citado por Alcalde, 2016).<sup>(21)</sup>

### **“Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou**

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años. Mientras que, las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso<sup>(19)</sup>” (citado por Alcalde, 2016)

“Así mismo:

- A partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años.
- Las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Prueba de

Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

- Las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo) <sup>(19)</sup> (citado por Alcalde, 2016)

### **“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, haber tenido relaciones sexuales o usado tampones” (citado por Alcalde, 2016), jabones, cremas vaginales, o medicamentos vía vaginal <sup>(20)</sup>

### **“Procedimiento de la prueba**

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

- 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 endocérvix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra. La zona de transformación puede ser fácilmente visualizada o encontrarse muy alta y no visualizarse, esto varía no solo de persona a persona sino que incluso en la misma persona a través del tiempo por cambios hormonales que incluyen embarazo, menopausia, etc.
- Recolección de la muestra: existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocérvix, zona de transformación y endocérvix que incluyen cepillos endocérvicales, espátulas de madera y plásticas.
- Realización del extendido: la muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse en la laminilla, no frotarla, debe fijarse inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70 grados por 30 minutos y si es de 95 grados es suficiente 15 a 20’.” (citado por Alcalde, 2016)
- Envío a laboratorios de citología: las laminillas una vez fijadas deben ser colocadas en cajas especiales, de plástico, madera o cartón, junto con sus

respectivas boletas y ser enviadas a los laboratorios de citología<sup>(20)</sup>

- La sensibilidad del PAP depende de cuatro factores clave vinculados con la obtención de la muestra:

Condiciones previas en que se presenta la paciente

Ubicación anatómica más adecuada para extraer una muestra

Técnica instrumental de la extracción.

Extensión, fijación y tinción del extendido<sup>(26)</sup>.

**Prevención terciaria:** Se refiere al tratamiento de los pacientes con cáncer para evitar las complicaciones clínicas y las recidivas, para promover la rehabilitación más rápida y para limitar la discapacidad.<sup>(19)</sup>

### **“2.3.3.- Factores de riesgo asociados**

#### **El Virus Papiloma Humano (VPH):**

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” (citado por Alcalde, 2016).

### **El consumo de tabaco:**

Las mujeres que fuman son alrededor de dos veces más propensas a padecer cáncer de cuello uterino que las que no fuman. Al fumar, muchos químicos causantes de cáncer ingresan a los pulmones. Estas sustancias dañinas son llevadas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo hasta otros órganos. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH<sup>(28)</sup>.

### **“Sistema Inmunológico Debilitado:**

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana o HIV por sus siglas en inglés), es el virus que causa SIDA y no es lo mismo que el VPH. Las mujeres infectadas con VIH tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer del cuello uterino. La infección con el VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer esté menos apto para combatir el VPH y los tumores cancerosos en sus primeras etapas. Otro grupo de mujeres en riesgo de cáncer de cuello uterino son aquéllas que reciben medicamentos para suprimir sus respuestas inmunológicas. Este grupo incluiría a mujeres que reciben tratamiento para una enfermedad autoinmune o aquéllas que se han sometido a un trasplante de órgano” (citado por Alcalde, 2016)<sup>(28)</sup>

### **“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” (citado por Alcalde, 2016) <sup>(28)</sup>

### **“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” <sup>(28)</sup>  
(citado por Alcalde, 2016).

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

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervico-uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El



riesgo de lesión intra-epitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años<sup>(24)</sup>”  
(citado por Alcalde, 2016)

#### **“Números de parejas sexuales:**

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus” (citado por<sup>(19)</sup>  
Alcalde, 2016) oncogénicos

#### **Embarazos múltiples:**

El aumento en el número de gestaciones ha mostrado una tendencia lineal en el riesgo de neoplasia cervical. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por Papiloma Virus Humano<sup>(19)</sup>.

### **2.3.4 Clínica del cáncer y sintomatología**

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales. Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto <sup>(29)</sup>.

El cáncer invasor del cuello uterino es el resultado de un proceso inflamatorio continuo, probablemente a partir de una Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH por sus siglas) adquirido desde muy temprana edad. La Infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH), las lesiones pre malignas y el propio cáncer cérvico uterino, se diagnostican fácilmente, a través de estudios de laboratorio como el Papanicolaou y la colposcopia, siempre y cuando se realicen periódicamente. Es muy importante la higiene de la pareja durante las relaciones sexuales, así como estar atentos ante la posible presencia de cualquier molestia en los genitales como pueden ser la aparición de

comezón, manchas anormales o granos, flujo amarillo, verde, sanguinolento; o fétido, o la aparición de dolor o sangrado durante el coito, que deben ser valoradas y tratadas por el médico <sup>(29)</sup>.

### **2.3.5. 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:

**Colposcopía:** Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente <sup>(23)</sup>.

**Biopsia exocérvical y/o endocérvical:** De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico <sup>(23)</sup>.

**Legrado endocérvical:** Debe realizarse cuando la colposcopía es insatisfactoria, cuando la lesión se extiende hacia el canal endocérvical, cuando no existe una lesión identificable que explique la citología alterada o cuando la alteración citológica es una atipia glandular <sup>(23)</sup>.

**Conización Cervical:** En los casos que se sospeche una microinvasión o disociación colpo-citohistológica, ejemplo: colposcopía sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial,

citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas <sup>(23)</sup>.

**2.3.6.- 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-uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor. Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda <sup>(5)</sup>.

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

<b>Sistema de Bethesda</b>	<b>Histología</b>
Células escamosas o glandulares atípicas de significado indeterminado (ASCUS o AGUS).	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión pre-neoplásica.
Lesión intra-epitelial de bajo grado (LSIL)	Cambio Koilocíticos Neoplasia intra-epitelial (CIN 1): Displasia leve.
Lesión intra-epitelial de alto grado (HSIL)	CIN 2: Displasia Moderada CIN 3: Displasia Grave CIS
Carcinoma Invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

Fuente: Figueroa <sup>(5)</sup>

### **2.3.7 Rol de la usuaria en la prevención del cáncer del cuello uterino**

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

reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, así iniciar la detección precoz del cáncer 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 <sup>(19)</sup>.

### **2.3.8. 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.

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.

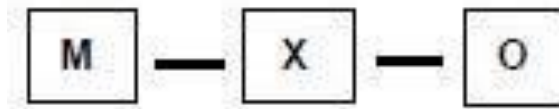
En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto 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<sup>(30)</sup>.

### III. Metodología

#### 3.1. Diseño de la investigación

El estudio es de tipo descriptivo, nivel cuantitativo porque no se manipularon las variables de estudio, las cuales fueron medidas y descritas tal como se presentaron en la realidad. El diseño de la investigación es simple de una sola casilla de cohorte transversal.

Esquema:



Donde:

**M:** Son las mujeres en edad fértil del PP.JJ Miramar Bajo.

**X:** Las variables: Conocimiento, actitud y Prácticas

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



### **3.2. Población y muestra**

La población estuvo constituido por 3.896 mujeres en edad fértil. La muestra fue seleccionada según muestreo no probabilística se utilizó la fórmula de proporción poblacional, constituida por 150 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de Inclusión**

Mujeres en edad fértil residente por lo menos 1 año en el PP.JJ Miramar

Bajo.

Mujeres con edad comprendida entre los 15 a 49 años.

Mujeres sexualmente activa.

Mujeres que hayan aceptado participar del estudio.

##### **Criterios de exclusión**

Mujeres embarazadas.

Mujeres que no acepten participar en el estudio.

Mujeres con capacidades diferentes.

Mujeres con trastornos mentales.

Mujeres que hayan participado de programas educativos de prevención de cáncer de cérvix.

Mujeres que estén con cáncer de cuello uterino.

**Definición de operacionalización de las variables en estudio.**

(Ver matriz de operacionalización de variables cuadro 1-2-3)

**CUADRO 1**

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

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

**CUADRO 2**

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

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>SUB-INDICADORES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
Actitud	Conjunto de opiniones, sentimientos y tendencias que predisponen de determinada forma a la mujer a determinadas	Toma del PAP.	Solicitud de la prueba.	Cuantitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Realización del PAP en el momento idóneo.	Realización de la prueba en un momento determinado. Importancia de hacerse la prueba rutinariamente.	Cuantitativa	Nominal	Favorable Desfavorable
		Verificación de resultados.	Interés por recoger el resultado. Interés por el conocimiento detallado de los resultados.	Cuantitativa	Nominal	Favorable Desfavorable

**CUADRO 3**

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

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

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

#### **3.3.1.- Técnica**

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

#### **3.3.2.- Instrumentos**

En vista del número de la muestra y con la intención de recolectar información confiable en un tiempo relativamente breve se utilizó el cuestionario de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou (anexo 2) el mismo que estuvo compuesto por seis preguntas cerradas con respuestas multivariadas donde la respuestas tuvieron 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 (DA, PDA) y desfavorables (ED, PED, I). Para identificar las prácticas sobre la prueba del Papanicolaou que realizan en relación a la prueba del Papanicolaou se aplicó el Test de prácticas de la prueba del Papanicolaou, que estuvo compuesta 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 identifico las características socio demográficas y sexuales –reproductivas con 14 preguntas cerradas con respuestas multivariadas al igual que las anteriores.

### **3.3.3.- Procedimientos**

Se cumplió con el cronograma establecido, iniciando por el reconocimiento de la zona, coordinación con los informantes claves de la investigación, luego se realizó la encuesta casa por casa, previa a la encuesta se informó y se solicitó el consentimiento para participar en el estudio, entregando el formulario para su firma respectiva que avala su participación voluntaria (ANEXO 3). Una vez obtenida la autorización se comunicó de manera clara y sencilla los objetivos de la investigación, garantizándoles respeto y confiabilidad. La encuesta se realizó en su propia casa sin la presencia de personas que puedan manipular a la respuesta recolecta. En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.

Se garantizó la confiabilidad de la información.

Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.

La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.

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

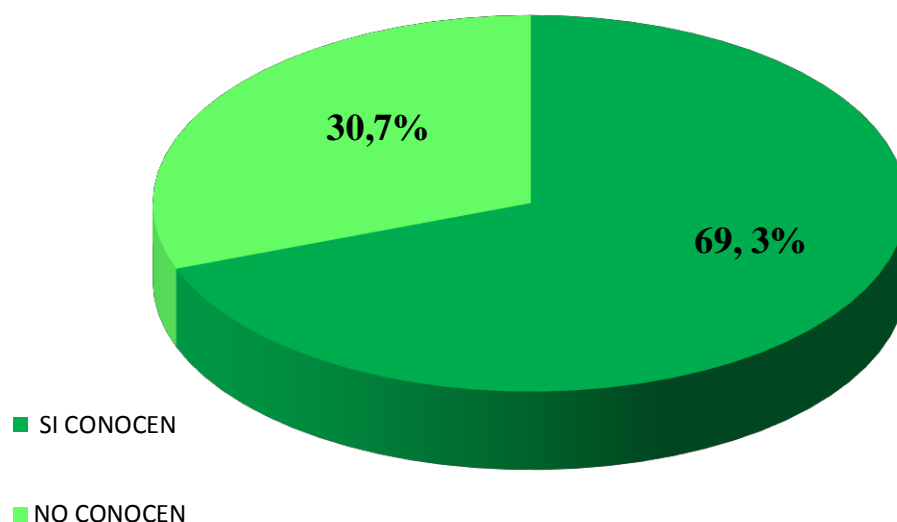
#### **3.3.4.- Plan de análisis**

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



## IV. Resultados

### 4.1.- Resultados:



**Fuente:** Tabla 6

*Figura 1.* Gráfico circular de conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo-Chimbote 2014.

La figura 1 hace evidencia que gran parte (69,3%) de mujeres en edad fértil entrevistadas tiene un conocimiento global alto en relación a la toma del Papanicolaou; pero cabe resaltar que un grupo de dichas mujeres (30,7%) desconocen de la toma, lo que nos preocupa ya que este grupo de mujeres se encuentran en desventaja en relación a su salud sexual y reproductiva.

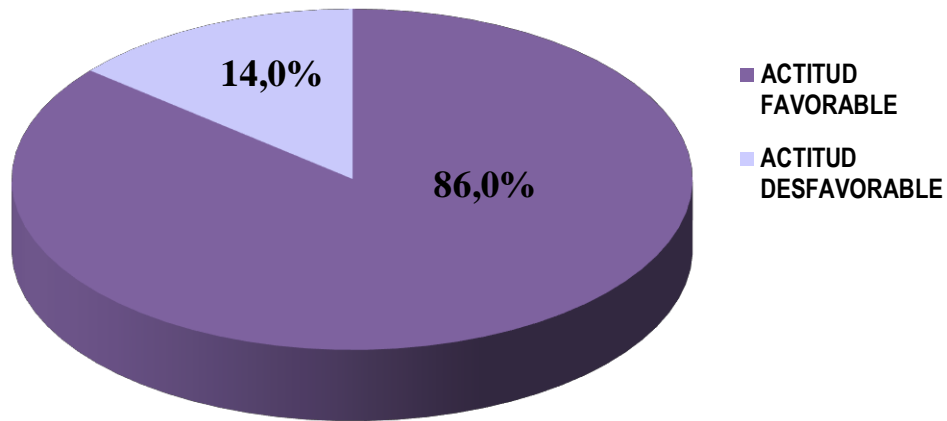
Tabla 1

*Conocimiento de la prueba del Papanicolaou según reactivo en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.*

Reactivos	Conoce		No conoce	
	n	%	n	%
1. Que es la prueba del Papanicolaou	145	96,7	5	3,3
2. Lugar de la toma de muestra	135	90,0	15	10,0
3. Para qué sirve la Prueba de Papanicolaou	141	94,0	9	6,0
4. Importancia de la Prueba de Papanicolaou	72	48,0	78	52,0
5. Casos en que no se toma la muestra	97	64,7	53	35,3
6. Frecuencia de la toma de muestra	138	92,0	12	8,0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante los meses Junio - Julio.

La tabla 1 nos muestra que el 96,7% de las mujeres entrevistadas sabe que es la prueba del Papanicolaou, seguido de un 94,0% y 92,0% conoce para qué sirve la prueba y que la frecuencia de la toma es anualmente respectivamente, mientras que un 52,0% no le presta la debida importancia, subsiguiendo un 35,3% de la colectividad entrevistadas que desconoce las condiciones que debe tener una mujer para tomarse la muestra del Papanicolaou y por ultimo un 10,0% de las mujeres desconoce que el Papanicolaou es un examen del cuello uterino, esto hace evidencia que aunque el gran porcentaje de las entrevistadas tienen un conocimiento alto en que es la prueba, para que sirve y la frecuencia de la toma pero hay una brecha la cual pone en riesgo la salud de las entrevistadas.



**Fuente:** Tabla 7

*Figura 2.* Gráfico circular de actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.

En la figura 2 se evidencia resultados en donde la actitud global sobre la toma del Papanicolaou del colectivo entrevistado es favorable (86,0 %), pero hay que resaltar que existe un 14,0% de las mujeres cuya actitud se muestra desfavorable ya que no aceptan de manera natural la toma de la prueba.

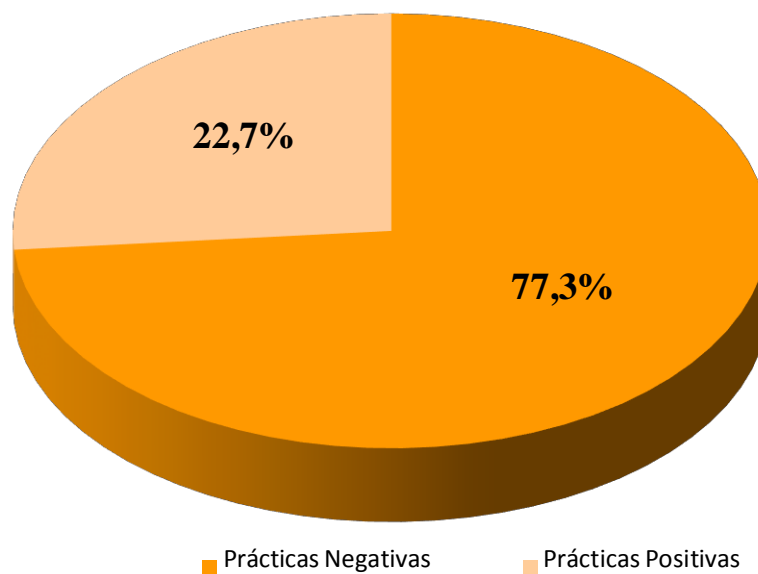
Tabla 2

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

REACTIVOS	Favorable		Desfavorable	
	N	%	N	%
1.- Disponibilidad para la realización de toma de PAP.	129	86,0	21	14,0
2.- EL PAP debe hacerse solo si el médico lo solicita.	128	85,3	22	14,7
3.- El material que se utiliza no es un obstáculo.	116	77,3	34	22,7
4.- Considera necesario realizarse el PAP todos los años.	128	85,3	22	14,7
5.- Importancia de la prueba para detectar el cáncer a tiempo.	129	86,0	21	14,0
6.- Siempre solicita los resultados de la prueba.	127	84,7	23	15,3
7.- Importancia de la explicación de los resultados.	128	85,3	22	14,7
8.- Disponibilidad sobre la lectura de los resultados.	127	84,7	23	15,3

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante en los meses Junio - Julio.

En la tabla 2 según los reactivos explorados se evidencia que un 86,0 % de las mujeres entrevistadas tiene disponibilidad para la realización del examen y conoce que es importante realizarse la prueba para detectar el cáncer uterino a tiempo y el 77,3% nos refiere que los materiales que se utiliza no son un obstáculo, pero dentro de este reactivo existe una brecha que nos indica que un 22,7% si considera que los materiales son un obstáculo para realizarse la prueba, seguido de un 15,3% que no siempre solicita los resultados de prueba y no tiene disponibilidad sobre la lectura de los resultados, dejando de lado su salud, ya que el pronóstico de esta enfermedad depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico.



**Fuente:** Tabla 8

*Figura 3.* Gráfico circular de práctica global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.

La figura 3 muestra los resultados de la práctica frente a la toma del Papanicolaou de las mujeres entrevistadas, se encontró que un 77.3 % tiene practicas negativas hacia la prueba lo cual nos hace evidencia que los conocimientos no siempre van de la mano con la práctica, pero también se evidencio que existe un 22.7 % de las mujeres en estudio que tiene practicas positivas frente a la toma del Papanicolaou.

Tabla 3

*Práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo - Chimbote 2014.*

Prácticas	Si		No	
	N	%	N	%
Se ha practicado alguna vez en su vida la prueba del Papanicolaou	136	90,7	14	9,3
Se practicó la prueba en el año en estudio	51	34,0	99	66,0
Se práctica la prueba del Papanicolaou anualmente	72	48,0	78	52,0
Se práctica la prueba de Papanicolaou por iniciativa propia	85	56,7	65	43,3
Reclama los resultados de la prueba de Papanicolaou	124	82,7	26	17,3
Solicita información sobre el resultados de la prueba	123	82,0	27	18,0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante los meses Junio - Julio.

La tabla 3 hace evidencia los resultados de la práctica frente a la toma de Papanicolaou según reactivos explorados en donde el 90,7% de las mujeres encuestadas si se ha practicado alguna vez en su vida la prueba, así mismo un 82,7% tiene preocupación por reclamar los resultados de la prueba y el 56,7% se realiza la prueba del Papanicolaou por iniciativa propia, pero nos muestra preocupación que hay un porcentaje de población encuestada que no se ha practicado la prueba en el año en estudio (66,0%) seguido de un 52,0% y un 43,3% de colectividad encuestada que no se practica la prueba anualmente y dicha prueba no la hace por iniciativa propia respectivamente, lo que nos hace discutir ya que las mujeres en estudio no llevan de la mano sus conocimientos con la práctica.

Tabla 4

*Características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.*

<b>Edad (años)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
De 15 a 19	13	8.7
De 20 a 24	12	8.0
De 25 a 29	19	12.7
De 30 a más	106	70.6
Total	150	100.0
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltera	22	14.6
Casada	61	40.7
Conviviente	58	38.7
Viuda	5	3.3
Divorciada	4	2.7
Total	150	100.0
<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primaria	8	5.3
Secundaria	95	63.3
Técnica	22	14.7
Superior	25	16.7
Total	150	100.0
<b>Ocupación actual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ama de casa	86	57.3
Empleada – obrera	7	4.7
Empleada- profesional	25	16.7
Trabajador independiente	30	20.0
Agricultor	2	1.3
Total	150	100.0
<b>Religión que profesa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Católica	142	94.7
Protestante (evangélica)	5	3.3
Otra	1	0.7
Ninguna	2	1.3
Total	150	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante los meses Junio - Julio.

En la tabla 4 se evidencia las características socio demográficas en las mujeres entrevistadas, observando que la edad de las encuestadas son 70.6% mayores de 30 años, seguido del 12,7% que se encuentran entre 25 a 29 años, un 8.7 % de 15 a 19 años y el 8% se encuentra entre los 20 a 24. A sí mismo en relación al estado civil evidenciamos el 40,7% son casadas, el 38,7% son convivientes, un 14,6% son

solteras, le sigue el 3,3% son viudas y por último el 2,6% son divorciadas. También se observó que la variable en relación al grado de instrucción el 63.3% estudiaron la secundaria, 16,7% tienen estudios superiores, 14,7% estudio nivel técnico y sólo el 5,3 % estudio primaria. Con respecto a la ocupación, el 57,3% son ama de casa, el 20% es trabajador independiente, el 4 % son es empleada – obrera y el 1,3% es estudiante. La religión que profesa la mayoría es católica con un 94,7%, seguido de la evangélica con un 3,3%, el 1,3% no profesa ninguna religión y el 0,7% pertenece a otra religión.



Tabla 5

*Características sexuales reproductivas de mujeres en edad fértil del pueblo joven  
Miramar Bajo – Chimbote 2014.*

<b>Tuvo relaciones sexuales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	150	100.0
No	0	0
Total	150	100,0
<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
13 a 19	101	67.3
20 a 24	47	31.4
25 a 29	2	1.3
30 a más	0	0
No tuvo relaciones sexuales	0	0
Total	150	100.0
<b>Número de partos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ningún parto	10	6.7
Primípara	53	35.3
Múltipara	75	50.0
Gran múltipara	12	8.0
Total	150	100.0
<b>Número de abortos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	113	75.3
1 a 2	37	24.7
3 a 4	0	0
5 a más	0	0
Total	150	100.0
<b>Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales actualmente</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Frecuentemente	67	44.7
Ocasionalmente	62	41.3
Por ahora no tengo	21	14.0
No he tenido relaciones sexuales	0	0
Total	150	100.0
<b>Número de compañeros sexuales durante toda su vida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguno	0	0
1 a 2	150	100.0
3 a 4	0	0
5 a más	0	0
Total	150	100.0

Continúa...

Tabla 5

*Características sexuales reproductivas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.*

<b>Método anticonceptivo que utiliza</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Píldora combinada	15	10.0
Inyectable combinado	43	28.7
Inyectable de progestágeno	5	3.3
DIU (T Cu)	3	2.0
Preservativo	19	12.7
Ritmo/regla	4	2.7
Ninguno	61	40.7
Total	150	100.0

<b>Tuvo alguna infección/enfermedad de transmisión sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	1	0.7
No	149	99.3
Total	150	100.0

<b>Recibió tratamiento por dicha infección</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	1	0.7
No	149	99.3
Total	150	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante los meses Junio - Julio.

En la tabla 5 se evidencia que la mayoría de la colectividad encuestada inició la actividad sexual de entre 14 a 19 años con un 67,3%, un 31,4% lo hicieron a los 20 a 24 años y un 1,3% lo iniciaron entre los 25 a 29 años. Las variables relacionadas a la salud reproductiva indican que el 50 % son multíparas, el 35,3% primíparas, seguido del 6,7% no han tenido ningún parto y el 8% son gran multíparas. Mientras que el 75,3% no han tenido ningún aborto y el 24,3% han sufrido entre 1 a 2 abortos. La frecuencia de las relaciones sexuales lo realizan frecuentemente un 44,7%, un 41,3% ocasionalmente y un 14 % refirió no tener relaciones sexuales. Dentro de las variables en relación al número de compañeros sexuales se evidencia un 100% que

tuvieron de 1 a 2 compañeros. Con respecto a los métodos anticonceptivos se evidenció que el 40.7 % no usa ningún método anticonceptivo, el 28,7% utiliza inyectable combinado, seguido de un 12,7% preservativos, 10% píldora combinada, el 3,3% inyectable de progestágeno, el método del ritmo/regla un 2,7 % y por último el DIU un 2%. El 0.7 % tuvo alguna ITS a comparación al 99,3% que no la sufrió, así mismo el 0,7% recibió algún tratamiento mientras que un 99,3% no recibieron tratamiento.

#### **4.2.- Análisis de resultado:**

El conocimiento se origina y reside en las personas y lo incorporan a su acervo personal, su utilización puede repetirse sin que se consuma y es guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento para mejorar las consecuencias de los fenómenos percibidos por cada individuo <sup>(17)</sup>. Teoría que estaría presente en los resultados del estudio en donde el 69,3% de las mujeres en edad fértil tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre temas de salud sexual y reproductiva, es el proceso eficaz para adquirir el conocimiento, así como para que el individuo modifique su modo de ser, pensar, los hábitos y costumbres y hace que identifiquen tempranamente las enfermedades y tengan mayor interés en tomar medidas preventivas. Sin embargo es preocupante que un 30,7% del colectivo en estudio mantiene aún brechas en el conocimiento, lo cual determina un comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. (Figura 1).

En relación a los reactivos explorados de esta variable resultaron que las mujeres saben que es el Papanicolaou, que sirve para detectar tempranamente cambios citológicos y que la muestra se debe tomar cada año (96,7% 94,0% y 92,0% respectivamente) (tabla1). Semejantes resultados presento Barrios, L <sup>(7)</sup> en el año 2013, publico un estudio cuyo objetivo fue determinar el conocimiento, práctica y actitud de las mujeres del municipio de Pinillos, Colombia, sobre el uso de la citología cérvico-uterina como método de diagnóstico de las lesiones tempranas del cuello uterino, que conlleven al cáncer de cérvix, habiendo concordancia en los reactivos explorados siendo el 98,8% manifestó que la citología sirve para detectar cáncer de cérvix, igualmente el 83,1% sí saben que el cáncer de cérvix se puede detectar a tiempo mediante esta prueba del Papanicolaou, el 76,2% contesto correctamente el lugar de la muestra es del cuello uterino y la frecuencia con la que se debe realizar la citología el 82,7% contesto que debía realizarse una vez al año.

Se deduce que la afinidad de ambos estudios estarían marcadas en el incrementado de la promoción y divulgación de la prueba del Papanicolaou por el personal de salud lo cual ha logrado un aumento en el conocimiento global en relación a la prueba y a las similitudes de las características sociodemográficas ya que en dichos estudios las mujeres encuestadas fueron mayores de 30 años siendo este un punto clave ya que el conocimiento se va incrementando con paso del tiempo reconfigurándose la información nueva con la experiencia, permitiéndoles así integral grandes cuerpos de conocimientos con sentido.

Según la teoría del aprendizaje 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 reforzados por ellas, el aprendizaje perdurará. <sup>(20,21)</sup>, teoría concordante con los resultados del estudio, donde el 86,0% tiene una actitud favorable frente a la toma del Papanicolaou, sin embargo se resalta que existe un 14,0% que su actitud es desfavorable (gráfico 2), resultados muestran que las mujeres fueron sensibilizadas ante dicha toma, por lo que se puede decir que los programas de detección oportuna de cáncer están resultando eficaces. Infiere con este resultado la investigación de Seminario. P. et al, que realizó en el 2010 teniendo como título Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo; obteniendo el nivel de actitudes desfavorable en un 52,6% y actitudes favorable un 47,4%.

Es imprescindible realizar importantes esfuerzos para disipar mitos, temores y dudas; la educación en salud implica transmitir mensajes e información general actualizada. Los trabajadores de salud deben recibir información sobre cómo realizar adecuadamente la prueba de tamizaje, como comunicarse de manera eficaz con las mujeres que se vayan a someter a tamizaje, al realizar esta investigación Seminario no conocía datos de que en el distrito de Chiclayo se hayan implementado estas estrategias.

Se resalta que la actitud de las mujeres en estudio es favorable tanto globalmente como en la mayoría de los reactivos, sin embargo no se puede dejar pasar los reactivos que son desfavorable en algunas mujeres, como el 15,3% de mujeres que no solicita los resultados de la prueba y no muestra disponibilidad ni interés sobre la lectura de los resultados, a esto se suma que el 22,7% considera que los materiales que se utiliza para la prueba son un obstáculo siendo una preocupación dado que se convierte en una barrera para que un buen porcentaje de mujeres no se realice la prueba ya 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.

Figuroa. N, plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada <sup>(5)</sup>, situación preocupante el que se evidencia en el grafico 3, el cual refleja que el 77.3% del colectivo en estudio refirió no practicar la medida de autocuidado y prevención del cáncer cervico-uterino, solo un 22,7% que si practica la prueba del Papanicolaou. Es necesario abordar el tema del cáncer cérvico-uterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos deben estar orientados 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.

Al interior de esta variable encontramos que el año en que se realizó el estudio el 66,0% de las encuestadas no se practicó la prueba, no se practica la prueba cada año como medida de prevención un 52,0% y el 43,3% de las mujeres encuestadas no se realiza la prueba del PAP por iniciativa propia. Las entrevistadas sienten vergüenza, miedo, temor por el material que se utiliza al realizar la prueba del PAP, por tal motivo no acuden a su control anualmente; también refirieron desconfianza por el personal de salud que le tocara que la atienda y cierto porcentaje muestra indiferencia por el cuidado su salud sexual y reproductiva.

Tenorio, I. <sup>(14)</sup> en el Centro de Salud Roger Osorio de Managua realizó un estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la toma de Papanicolaou en los meses de Junio a Diciembre del 2010; investigó las razones principales por las cuales las mujeres no se han practicado la prueba de Papanicolaou, encontrándose que sienten vergüenza, sienten miedo y por descuido (24.3%; 24.3% y un 16.2% respectivamente); lo cual se asemeja mucho a nuestra realidad ya que en ambas encontramos las mismas características de temor e indiferencia debido a la mala experiencia que tuvieron anteriormente al realizarse el tamizaje. Es imprescindible mencionar que la mayoría de las mujeres en estudio son ama de casa dedicadas al cuidado del hogar y de los hijos y postergan los cuidados de su salud.

Finalmente se concluye que las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo muestran un conocimiento global alto y tienen actitudes favorables sobre la toma del Papanicolaou pero cabe resaltar que sus prácticas no van de la mano con sus

conocimientos y actitudes, situación que se debe profundizar en el estudio para ver cuál es la brecha que separa los conocimientos altos, las actitudes favorables de unas prácticas positivas.



## V. Conclusiones

Las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo en su mayoría tienen un conocimiento global sobre la toma del Papanicolaou, muestran actitudes favorables y contrariamente prácticas negativas.

Las mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo desconocen algunos de los reactivos para la toma del Papanicolaou donde se evidencio que el 52.0% no conoce la importancia de realizarse la prueba del Papanicolaou, seguidos del 35,3 % que no sabe los casos en que no se toma la muestra.

En la mayoría de las mujeres se evidencia una actitud favorable hacia la prueba de Papanicolaou.

Se evidencio que hay una actitud favorable frente a la importancia de la prueba para detectar cáncer de cuello uterino a tiempo, siendo un 60 %, seguido 58 % que considera necesario realizarse el PAP todos los años y siempre solicita los resultados de la prueba un 58 %.

Las mujeres en estudio tienen prácticas negativas sobre la toma del Papanicolaou (77.3 %),

Las respuestas frente a las características sexuales evidenciaron un riesgo intermedio debido a que la mayoría de las mujeres tiene un nivel de escolaridad hasta secundaria, iniciaron la actividad sexual de entre 14 a 19 años, el 100 % de las mujeres tuvo 1 a 2 compañeros sexuales, son multíparas en su mayoría, el 61% no usa un método anticonceptivo.

**ASPECTOS COMPLEMENTARIOS:**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO: “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo Chimbote, 2014”**

<b>ENUNCIADO DEL PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>
<p><b><u>Pregunta de investigación:</u></b></p> <p>¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou tienen las mujeres en edad fértil (MEF) del PP.JJ Miramar Bajo en el distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014?</p>	<p><b><u>General:</u></b> Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma de Papanicolaou en las mujeres en edad fértil del PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p><b><u>Específico:</u></b></p> <p>Describir el conocimiento global sobre la prueba del Papanicolaou que tienen las MEF en el PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar los reactivos menos conocidos sobre el examen de Papanicolaou en las MEF del PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar la actitud global frente a la toma de Papanicolaou en las MEF del PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar la actitud frente: a la solicitud de la prueba del Papanicolaou, frecuencia de la prueba y el recojo de los resultados en las MEF PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Identificar las practicas relacionadas con la toma del examen de Papanicolaou, motivos de la prueba, frecuencia de la prueba y recojo de los resultados en las MEF del PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote en el periodo de Abril – Julio del 2014.</p> <p>Describir las características sociodemográficas, sexuales y reproductivas en las MEF del PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote durante el periodo de Abril – Julio del 2014.</p>	<p>Por ser de nivel cuantitativo, no se consideró una hipótesis.</p>	<p>Variables principales:</p> <p>Conocimientos</p> <p>Actitudes</p> <p>Prácticas.</p>

**METODOLOGÍA**

<b>TIPO, NIVEL Y DISEÑO</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>	<b>PLAN DE ANÁLISIS</b>
<p><b><u>Tipo:</u></b> descriptivo</p> <p><b><u>Nivel:</u></b> Cuantitativo</p> <p><b><u>Diseño:</u></b> Simple de una sola casilla de corte transversal.</p>	<p><b><u>Población:</u></b> El ámbito geográfico de la investigación está compuesto por el PP.JJ Miramar Bajo del distrito de Chimbote, la población está constituida por 3896 mujeres en edad fértil en edades de 15 – 49 años, que radican en dicha comunidad.</p> <p><b><u>Muestra:</u></b> La muestra no probabilístico, por conveniencia, selecciona al azar simple 150 MEF de 15 a 49 años y conforme criterios de inclusión.</p>	<p><b><u>Técnicas:</u></b> Encuesta</p> <p><b><u>Instrumentos:</u></b> Cuestionario.</p>	<p>Para el análisis de los resultados se empleará la Bioestadística, los datos serán codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizará utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0.</p> <p>Asimismo, se utilizará estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana. Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizará tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

Tabla 06

*Conocimiento global sobre Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo - Chimbote 2014.*

<b>Conoce</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	104	69.3
No	46	30.7
Total	150	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante en los meses Junio - Julio.

Tabla 7

*Actitud global frente a la toma del Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.*

<b>Actitud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Favorable	129	86.0
Desfavorable	21	14.0
Total	150	100.0

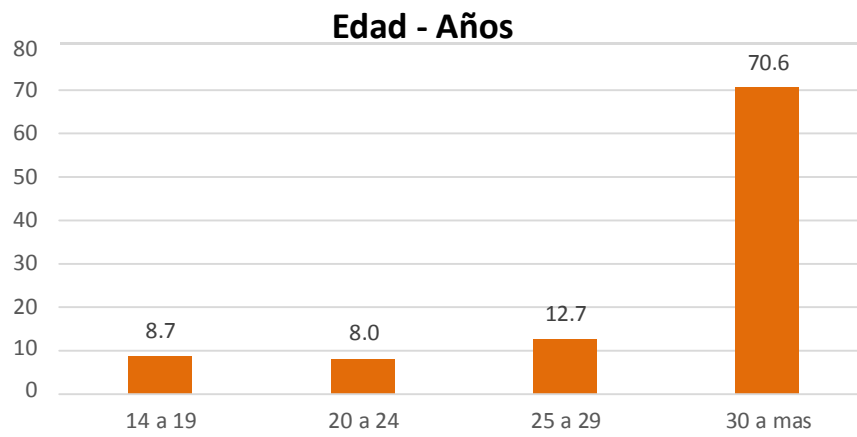
**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante en los meses Junio - Julio.

Tabla 8

*Práctica frente a la toma de Papanicolaou en mujeres de edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo – Chimbote 2014.*

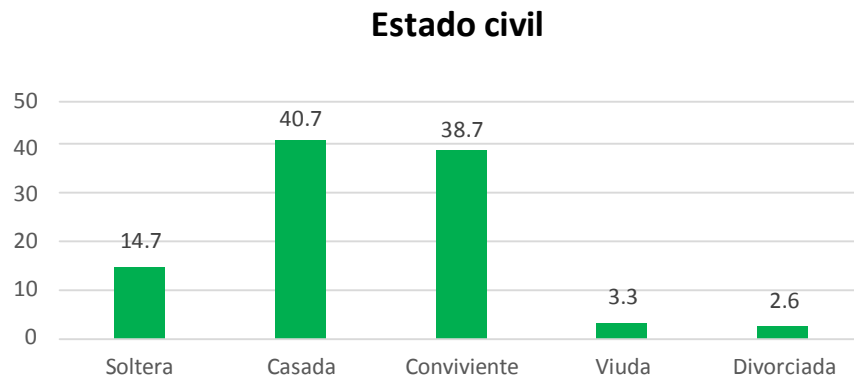
<b>Práctica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	34	22.7
No	116	77.3
Total	150	100.0

**Fuente:** Encuesta aplicada a mujeres de 15 a 49 años, durante los meses Junio - Julio.



**Fuente:** Tabla 4

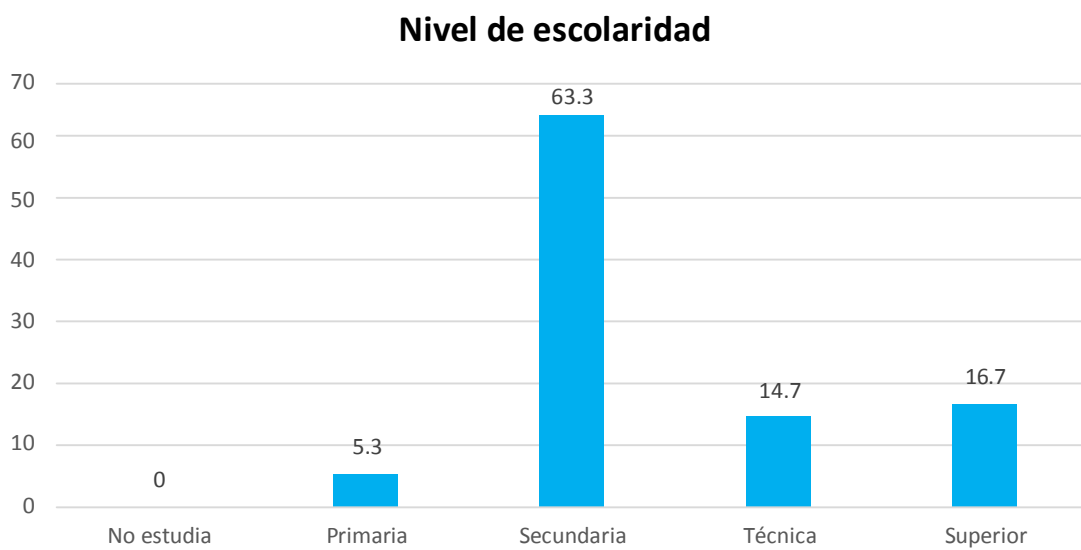
*Figura 4.* Gráfico de barras de las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo Chimbote 2014



**Fuente:** Tabla 4

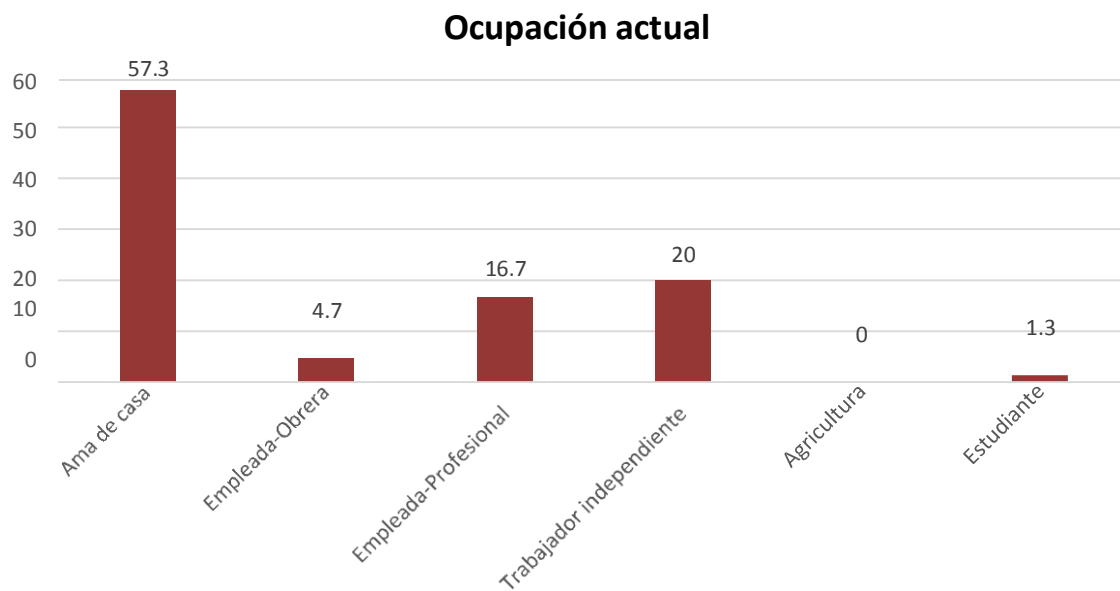
*Figura 5.* Gráfico de barras de las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo Chimbote 2014.





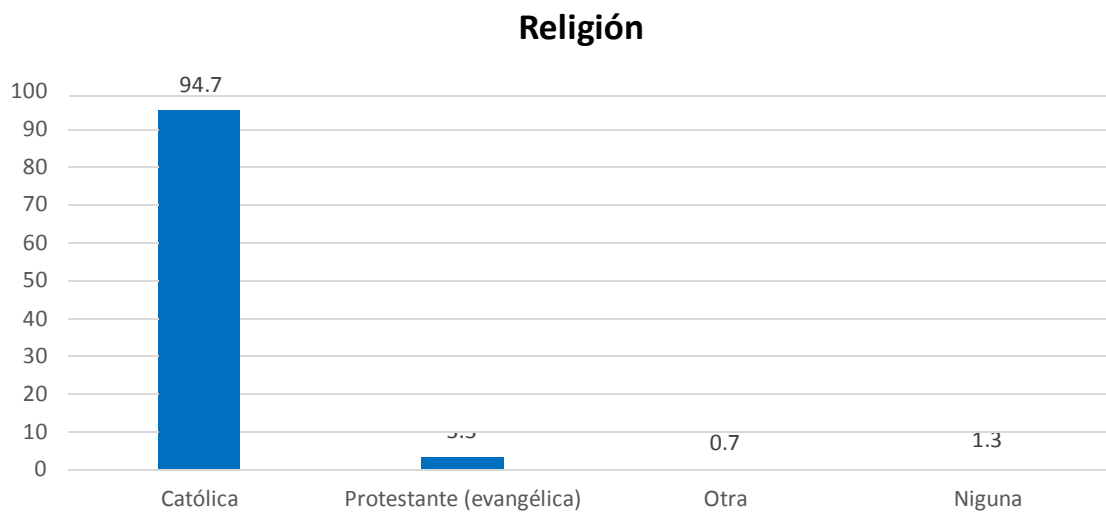
**Fuente:** Tabla 4

*Figura 6.* Gráfico de barras de las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo Chimbote 2014.



**Fuente:** Tabla 4

*Figura 7.* Gráfico de barras de las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo Chimbote 2014.



**Fuente:** Tabla 4

*Figura 8.* Gráfico de barras de las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil del pueblo joven Miramar Bajo Chimbote 2014.

## Referencias Bibliográficas

1.- Hernández. R. Perfil Epidemiológico y Clínico del Cáncer de Cuello Uterino-estado actual de la Histerectomía Radical en el servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Gineco – Obstetra. Universidad Nacional Mayor de San Marco. Lima 2002. [Citado 10 May 2015]. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/hernandez\\_ar/T\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/hernandez_ar/T_completo.pdf)

2.- Pinillos-Ashton. L. Cáncer en el Perú: retos para el milenio. Acta Méd. Peruana [online]. 2006, vol.23, n.2 [citado 2015-07-01], pp. 55-55. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200001)

3.- Huamaní. Ch; Hurtado. A; Guardia-Rica, M; Roca-Mendoza, J. 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 2015-07-01], pp. 44-50

.Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n1/a07v25n1>

4.- Bazán. F; Posso. M; Gutiérrez, C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú. vol. 68, núm. 1, 2007, pp. 47 – 54.[Citado 28 Jun.

2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37968106>

5.- Figueroa. N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de Barranquilla. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Colombia. Universidad Nacional de Colombia. 2011.

Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>

6.- Cogollo. Z. et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2010. 26(2): 223-231. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522010000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522010000200006&script=sci_arttext&tlng=pt)

7.- Barrios. L; Benedetti. I; Alvis. L; Salamanca. M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre citología cérvico-uterina por mujeres de una población rural en Colombia. Revista Ciencias Biomédicas. [Artículo en internet]. Febrero. 2013. ISSN: 2215-7840, 4(1). Disponible en:

<http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revciencbiomed/article/download/251/196>.

8.- Beltrán. M. Nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital regional Docente de Trujillo – 2009. Tesis para optar el bachiller en medicina. Trujillo – Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2009. Disponible en:

[http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/BeltranRomero\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/148/BeltranRomero_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

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

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4060441.pdf>.

10.- Carrasco. J. Valera, L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales, Julio – Diciembre 2011. Tesis para optar el título de obstetricia. Tarapoto, Perú. Universidad Nacional de San Martín. 2011. Disponible en:

[http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyectox/archivo\\_48\\_Binder1.pdf](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_48_Binder1.pdf)

11.- Guillermo. A. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la toma del Papanicolaou en mujeres del Hospital en Chacas. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud. 2013; 1(2): 485 – 494. Disponible en:

<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/378/259>

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

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

14.- Tenorio. 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>

15.- Palma Flores. J. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores. Lima. 2011, 48 – 57. Disponible en:

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

16.- Canales. F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud. [Artículo en internet]. 2ed. México: Limusa S.A. [citado 20 Abr. 2015]. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F3132%2FMetodologia%2520de%2520la%2520investigaci%25C3%25B3n%2520manual%2520para%2520el%2520desarrollo%2520de%2520personal%2520de%2520salud%252035.pdf%3Fsequence%3D1&ei=Q7aUVfH\\_MISXyATp2oDYAg&usg=AFQjCNFz0elZnRoa5RKDm07yWxEdd6Qpyg](http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F3132%2FMetodologia%2520de%2520la%2520investigaci%25C3%25B3n%2520manual%2520para%2520el%2520desarrollo%2520de%2520personal%2520de%2520salud%252035.pdf%3Fsequence%3D1&ei=Q7aUVfH_MISXyATp2oDYAg&usg=AFQjCNFz0elZnRoa5RKDm07yWxEdd6Qpyg)

17.- Hernández. H. Como gestionar el Conocimiento Basado en la Experiencia de las personas. Universidad Pontifica Boliviana. Escuela de Ciencias Estratégicas. Especialización en Gerencia del Talento Humano. Agosto. 2007. Disponible en: <http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/uploads/archivos/Articulo/Como%20gestionar%20el%20conocimiento%20basado%20en%20la%20experiencia%20de%20las%20personas.pdf>

18.- Jonson. D; Jonson, R. Aprender juntos y solos. Teoría Evolutiva Cognitiva. La estructura de objetivos, la interacción entre alumnos y las consecuencias educativas. [Artículo en internet]. 1º Ed. Editorial Aique S.A. Buenos Aires. Disponible en: <http://terras.edu.ar/jornadas/3/biblio/3JOHNSON-David-JOHNSON-Roger-Apendice.pdf>



- 19.- Flores. P. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.
- 20.- Varela. S. Citología Cervical. Rev Med Hondur. 2005; 73:131.
- 21.- Anonimo. Que son las actitudes. Capitulo II. [Monografía en internet]. Disponible en:<http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/371.302%2081-L333r/371.302%2081-L333r-Capitulo%20II.pdf>
- 22.- Escámez. J. Valores, Actitudes y Habilidades en la Educación para la Salud. Educación XXI. Universidad de Valencia. [Artículo en internet]. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/viewFile/363/315>
- 23.- Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsal, 2ª Edición. 2010.
- 24.- Sanabria. J. Virus del Papiloma humano. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Jul 02]; 13(4): 168-187. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000400019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400019)

25.- Diestro. M. Serrano, F. Gumez-Pastrana, N. Cáncer de Cuello Uterino. Estado Actual de las Vacunas frente al Virus del Papiloma Humano (VPH). Servicio de Obstetricia Y Ginecología. Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Maternal Universitario. España. [Artículo en internet]. 2007; 30 (2):42-59. [Citado el 15 Nov 2014]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v30n2/02.pdf>

26.- Sánchez. L; Rojas. A; Riquelme. M; Quezada. O; López. F. Papanicolaou: Frotis sin Componente Endocervical. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Revista en la Internet]. 2008. [citado 2015 Jul 02] ; 73( 3 ): 173-178. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000300006&script=sci_arttext)

27.- Oddó. D. Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del siglo XX. (I y II partes). Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile. [Citado 20 Jun. 2015]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/georgenicholaspapanicolaou.pdf>

28. – Ortiz. R; Uribe,J; Díaz, L; Dangond, Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev Colomb Obstet Ginecol. [Serial on the Internet]. 2004. Junio. [Citado 2015 Julio 02] ; 55( 2 ): 146-160. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342004000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200007)

29.- Aguilar. P y Valdivia. H. Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. Rev Med Hered [online]. 2012, vol.23, n.1 [citado 2015 Jul. 02], pp. 30-35. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000100007&script=sci_arttext)

30.- Arzuaga-Salazar. M; de Souza, M; Vera L. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Rev Cubana Enfermer. [Revista en la Internet]. 2012. Marzo. [Citado 2015 Jul 02] ; 28(1): 63-73. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000100007&script=sci_arttext)

31.- FLORES URBAEZ. M. Gestión del conocimiento organizacional en el Taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. Espacios, Caracas, v. 26, n. 2, mayo 2005. Disponible en:

[http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-10152005000200006&lng=es&nrm=i](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-10152005000200006&lng=es&nrm=i)

# ANEXOS

**ANEXO: 01**

**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 PP.JJ Miramar Bajo. Por esta razón presentamos al estudiante investigador de la carrera de obstetricia de la ULADECH Católica, quien está autorizado a recolectar la información personalizada.

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

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

Atentamente,



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
DPTO. ACAD. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN  
Obst. Mg. Amelia Nelly Solis 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**



<b>N° DE ENCUESTA</b>

**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

**COMENTARIO DEL ENCUESTADOR**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Estoy realizando una investigación soy de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote y estoy realizando un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la toma del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del Pueblo Joven Miramar Bajo, del Distrito de Chimbote 2013”. Solicito tu colaboración, para que me ayudes a profundizar en el conocimiento prácticas y actitudes relacionadas con ellas, así como los problemas a los que se enfrentan. Este cuestionario es anónimo. Muchas gracias por tu colaboración

**CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS**

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

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

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

**CARACTERÍSTICAS SEXUALES Y  
REPRODUCTIVAS**

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

## CONOCIMIENTO

Ahora te presentamos una serie de interrogantes sobre la prueba

**15) La citología vaginal o prueba de Papanicolaou es un:**

1. Examen de sangre
2. Examen del cuello del útero
3. Examen radiológico
4. Examen medico
5. No se

**16) La citología vaginal o la prueba del Papanicolaou se toma en:**

1. Cuello del útero
2. Vagina
3. Ovarios
4. No se

**17) La citología vaginal o prueba del Papanicolaou sirve para:**

1. Saber si hay una infección vaginal
2. Detectar el cáncer de cuello uterino o cérvix
3. Para saber si se tiene una infección urinaria
4. No se

**18) Realizarse citología vaginal o prueba del Papanicolaou es importante porque:**

1. Saber si hay una infección vaginal
2. Sirve para curar las inflamaciones
3. Diagnostica infecciones de transmisión sexual
4. No se
5. Sirve para prevenir el cáncer del cuello uterino.

**19) En qué casos se puede dejar para después la citología vaginal o prueba del Papanicolaou; cuando:**

1. La mujer esta menstruando
2. Se ha tenido relaciones sexuales el día anterior
3. Se aplicó cremas u óvulos vaginales
4. No se
5. Todas las anteriores.

**20) ¿Cuál es la frecuencia con se debe realizar la citología vaginal o prueba del Papanicolaou**

1. Cada seis meses
2. Cada año
3. Entre dos y tres años
4. No se

## ACTITUDES

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

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

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

## PRACTICAS

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

**29) Alguna vez en la vida se ha practicado la prueba del Papanicolaou.**

1. Si
2. No

**30) Cuando fue la última vez que se la practico:**

1. En este año
2. Hace más de un año
3. Hace más de tres años
4. Nunca

**31) Con qué frecuencia se la ha practicado:**

1. Anual
2. Cada seis meses
3. Cada tres años
4. Ocasionalmente
5. Nunca

**32) Por qué se la practico la prueba del Papanicolaou:**

1. Por indicación del médico/obstetra
2. Por iniciativa propia
3. Por sugerencia de un tercero
4. No se

**33) Reclamo los resultados:**

1. Si
2. No

**34) Solicito explicaciones sobre el resultado de la prueba al profesional de la salud**

1. Si
2. No



### ANEXO N° 03

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

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

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

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

#### **MANIFIESTO:**

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

\_\_\_\_\_  
Firma de la encuestada

DNI:

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

# MAPA DE LA ZONA A REALIZAR LA INVESTIGACIÓN MIRAMAR BAJO

ANEXO N° 04



**ANEXO N° 05:  
FOTOGRAFÍA**



Encuestando a una mujer en edad fértil del Pueblo Joven  
Miramar Bajo.