



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACION CON LAS PRACTICAS DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL CASERIO BELLO HORIZONTE- BANDA DE SHILCAYO. PERIODO JULIO-SETIEMBRE 2014.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

AUTORES:

Bachilleres en Obstetricia
ANA PATRICIA MERA ALVARADO
MIRIAN MAS ROJAS

ASESORA:

Obsta. Dra. ROSA RIOS LOPEZ

Tarapoto - Perú

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN – TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA




TESIS:

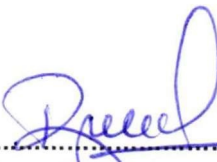
“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CASERÍO DE BELLO HORIZONTE - BANDA DE SHILCAYO, PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE 2014”.

JURADO CALIFICADOR:


.....
Obsta. Mg. Ana Maribel Becerril Iberico
Presidente


.....
Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega
Miembro


.....
Obsta. M. Sc. Gloria F. Quijandria Oliva
Miembro


.....
Obsta. Dra. Rosa Ríos López
Asesora

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental de todo lo que soy, por su incondicional apoyo moral y económico mantenido a través del tiempo para poder lograr mis objetivos y metas.

A mis hermanas Irma y Bethy por estar presente en cada momento y circunstancia de mi vida.

Mirian

Con mucho amor y cariño a mis padres: Jorge y Rosario, a mis hermanas; por estar presentes en cada momento y circunstancia de mi vida brindándome impulso, fuerza y optimismo para seguir adelante.

Gracias a sus enseñanzas y buenas costumbres he llegado a tener amor a lo que hago dentro de mi profesión.

Ana Patricia

AGRADECIMIENTO

A DIOS Todo poderoso que nos ha conservado con vida y salud, quien nos da Inteligencia, sabiduría porque a pesar de nuestras preocupaciones siempre nos diste fuerzas para poder afrontar cada día nuevos retos .Gracias por darnos paz y seguridad en nuestros problemas y frustraciones.

A nuestros padres por brindarnos todo el apoyo necesario en la realización de nuestro trabajo.

A la Obsta. Dra. Rosa Ríos López por el apoyo incondicional como asesora en el presente trabajo.

Al Obsta. Mg. Pedro Vargas Rodríguez por su valioso aporte en el presente trabajo

Es grato expresar mi agradecimiento a todas las personas del caserío Bello Horizonte quienes contribuyeron con su tiempo en la realización de nuestras encuestas para hacer posible la culminación de éste trabajo.

Nuestro agradecimiento va dirigido a todas las personas que en medida de sus posibilidades nos dieron su apoyo incondicional, para poder hacer posible la conclusión de este trabajo de investigación.

Las autoras

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCION	1
1.1. Marco conceptual	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Bases teóricas	9
1.4. Justificación	23
1.5. Problema	25
II. OBJETIVOS	26
III. MATERIALES Y METODOS.....	29
IV. RESULTADOS	34
V. DISCUSION	40
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	45
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
IX. ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	CONTENIDO	Pág.
01	Características sociodemográficos de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte – La Banda de Shilcayo. Julio-setiembre 2014.	34
02	Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - La Banda de Shilcayo. Julio - setiembre 2014.	36
03	Prácticas sobre prevención del cáncer de cuello uterino de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - La Banda de Shilcayo. Julio -setiembre 2014.	37
04	Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - La Banda de Shilcayo. Julio - setiembre 2014	38

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo, Julio-Setiembre 2014. Se realizó una investigación descriptiva, prospectivo, correlacional, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 102 mujeres en edad fértil quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, deducido probabilísticamente al 95% de confianza. Para medir la variable nivel de conocimiento el cuestionario constó de 13 preguntas cerradas, que se clasifica en bajo, intermedio, alto siendo el puntaje máximo 26 puntos. Para medir la variable práctica de prevención del cáncer de cuello uterino, se aplicó un test cuestionario valorada con la escala de Lickert modificada, la cual estuvo conformada por catorce preguntas que exponen las prácticas que realizan las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte para prevenir el cáncer de cuello uterino. Los resultados encontrados fueron: El 35,3% de las mujeres en edad fértil se encuentran en el grupo etario de 31 a 40 años; el 55,9% son convivientes; el 52,9% tienen estudios secundarios; y el 85,3% son amas de casa. El 52,9% de las mujeres en edad fértil tienen nivel de conocimiento medio sobre prevención el cáncer de cuello uterino. El 62,7% de mujeres en edad fértil tienen prácticas adecuadas sobre prevención del cáncer de cuello uterino. En la constatación de la hipótesis se obtuvo una puntuación de $p=0.014$ lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre un nivel medio de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- La Banda de Shilcayo.

Palabras claves: cáncer de cérvix, Prevención, conocimiento, práctica.

ABSTRACT

This study's main objective was to determine the level of knowledge and practices regarding prevention of cervical cancer in women of childbearing age Bello Horizonte hamlet Shilcayo, July-September 2014. A descriptive study was conducted, prospective, correlational, cross-sectional; the sample consisted of 102 women of childbearing age who met the inclusion and exclusion criteria, probabilistically derived 95% confidence. To measure the variable level of knowledge the questionnaire consisted of 13 closed questions, classified into low, intermediate, high being the maximum score 26 points. To measure the variable practice of preventing cervical cancer, a questionnaire test assessed the scale of Likert amended, which consisted of fourteen questions that expose the practices undertaken by women of childbearing age hamlet Bello Horizonte was applied to prevent cervical cancer. The results were: 35.3% of women of childbearing age are in the age group 31-40 years; 55.9% were cohabiting; 52.9% had secondary education; and 85.3% are housewives. 52.9% of women of childbearing age have medium level of knowledge about prevention of cervical cancer. 62.7% of women of childbearing age have good practices on prevention of cervical cancer. In the confirmation of the hypothesis score $p = 0.014$ demonstrating that there is a statistically significant relationship ($p \leq 0.05$) between the average level of knowledge and practical prevention of cervical cancer in women age was obtained Bello Horizonte fertile hamlet La Shilcayo.

Keywords: cervical, Prevention, knowledge, practice cancer.

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACION CON LAS PRACTICAS DE PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL DEL CASERIO BELLO HORIZONTE- BANDA DE SHILCAYO. PERIODO JULIO-SETIEMBRE 2014.

I. INTRODUCCION.

1.1. Marco Conceptual:

El cáncer de cérvix es la segunda enfermedad más frecuente en la población femenina, con más de medio millón de casos nuevos anuales en todo el mundo, constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en América Latina. El cáncer de cuello uterino, se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo, iniciando con cambios celulares a nivel del cérvix (displasia), que se tornan cancerosas, crecen y se diseminan profundamente en las áreas circundantes.(1).

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. (2)

En el mundo se dan 490,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino por año con más de 270,000 muertes en las mujeres que padecen la enfermedad. Aproximadamente el 85 por ciento de las mujeres que fallecen residen en los países en vías de desarrollo. (3).

La concentración más elevada está en el centro de América del Sur, con aproximadamente 71.000 casos por año; en África subsahariana, con 78.000 por año; seguido de India y el sureste asiático, con un total aproximado de 260.000 por año. La incidencia más baja para este tipo de cáncer es en América del Norte, Europa y Australia. Esto se debe a programas especiales disponibles en esos países que tienen

como objetivo atraer a las mujeres a hacerse pruebas de detección de cáncer de cuello uterino, como la prueba de Papanicolaou, para identificar células precancerosas tratables. Esta iniciativa busca proteger a las mujeres para evitar que desarrollen el cáncer de cuello uterino. (2)

En el año 2010, el cáncer produjo la muerte de 32 000 personas en el Perú, 17 000 de estas personas tuvieron menos de 70 años. En la actualidad se considera una de las principales causas de muerte. Para el año 2030 se proyecta como la segunda causa de defunciones (22.9%), sólo superada por el grupo de otras enfermedades crónicas. (3)

La neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnostica en su mayoría en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza. (8)

Muchas mujeres en edad fértil desconocen el cáncer de cuello uterino como enfermedad y el procedimiento que se realiza para su detección como: el examen de Papanicolaou, induciendo a una actitud desfavorable frente a la toma de la misma, considerando que podría ocasionar incomodidad, temor, vergüenza, ansiedad, preocupación al resultado, miedo al probable dolor del examen, lo que conlleva a que la práctica del examen sea inadecuada, no cumpliendo las reglas y normas que se exige para su realización.(11)

El Ministerio de Salud, a través del programa de atención integral de la mujer ha creado el Subprograma de detención oportuna del cáncer de cuello uterino como una estrategia mediante la cual se impulsarían las acciones de información, educación y comunicación al servicio para la prevención temprana. (9,10)

1.2. Antecedentes:

Bazán F. (Lima-2009), realizó una investigación con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la prueba de Papanicolaou (PAP.); hallar la asociación entre la edad y el grado de instrucción frente a dichas variables y describir las características sobre la práctica periódica del PAP.; en el Hospital Nacional – Docente Madre-Niño San Bartolomé; cuya población la conformaron mujeres en edad fértil de consultorios externos; a quienes aplicaron un cuestionario estructurado, auto desarrollado, durante noviembre 2005 a enero 2006; asimismo aplicaron un diseño analítico y transversal; y en el análisis estadístico utilizaron: χ^2 , t student, Anova y OR; y presentaron los siguientes resultados: el 63% tiene nivel bajo de conocimiento, en 66% una actitud desfavorable y en 71% una práctica incorrecta de prevención; la difusión por los medios de comunicación sobre el PAP fue 6,2% y la mayor barrera para no tener una práctica periódica del PAP fue el género masculino del ejecutor (34,2%).⁽⁴⁾

Martínez V, (México-2010), realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de identificar la actitud que presentan las mujeres ante la toma del Papanicolaou. Participaron 70 mujeres de 20-45 años de las cuales encontró que el 91.4% presenta una actitud positiva ante la toma del Papanicolaou y el 8.6% actitud indiferente; en cuanto a la realización de la toma del Papanicolaou, el 5.7 % de las mujeres en edad de 26 a 30 y 41 a 45 años, se realizan dos veces por año, lo que significa una actitud positiva ante la toma, con respecto al grado de instrucción las mujeres que se practican una vez al año son de nivel primaria con un 24.2%, seguidas de las de nivel secundaria con 11.4% quienes realizaban 2 veces por año presentando una actitud favorable con la toma de PAP a pesar del bajo nivel de escolaridad.⁽⁶⁾

Huamaní A, (Lima-2010) realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres, donde la edad promedio fue $27,1 \pm 7,6$ años, el 46% fueron solteras, el 93% tenía un nivel de instrucción secundario a superior; 19,5% pertenecen a una religión evangélica, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de $19,1 \pm 17,5$; sobre el conocimiento del PAP se consideró como alto en el 22,7%; el 64,8% sabía en qué consistía, el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de la misma, la actitud se considera positiva en un 81,3%; 90,7% de las encuestadas está de acuerdo o muy de acuerdo con hacerse un PAP, 89,9% recomendaría a otra persona realizarse la prueba. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP. fue de 24,9% ,el cual estuvo asociado en el análisis multivariado a tener un menor nivel educativo y a una historia de inadecuada , no se encontró asociación con el número de parejas sexuales o la edad de inicio de relaciones sexuales.(6)

Gamarra C. (Brasil-2009), realizó un estudio utilizando una encuesta de hogares con enfoque cuantitativo. Con un total de 267 mujeres de 15 a 69 años, seleccionados al azar de forma estratificada, que viven en la ciudad de San José de Mipibu, noreste de Brasil, tuvo como objetivo evaluar los conocimientos y prácticas de las mujeres en relación a la prevención del cáncer de cuello uterino y la asociación entre estos comportamientos y características sociodemográficas. Obtuvo un resultado del 46,1% de las mujeres entrevistadas mostraron un conocimiento adecuado, una proporción significativamente mayor de adecuación fue vista con respecto a las prácticas en un 64,4%, respectivamente. Las principales barreras para la prueba de Papanicolaou fueron negligencia, no solicitar por sus médicos y la vergüenza, llegando a la conclusión de que el médico es la principal fuente de información sobre la prueba. Sin embargo, las mujeres que con más frecuencia asisten a las visitas médicas, a pesar de sus buenas prácticas, demostraron bajo nivel de conocimientos y actitudes

desfavorables, lo que indica que no están recibiendo la información adecuada a propósito de la prueba, ventajas y beneficios para la salud de las mujeres. (5)

Adewole J. (2010) Colombia, realizó un estudio descriptivo donde se analizan las respuestas de 150 mujeres encuestadas. La edad promedio de las encuestadas fue de 30 a 48 años ; 68% eran casadas, más del 90% presentaron un bajo nivel de escolaridad, 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General de seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado , el 83% manifestó saber en qué parte del cuerpo se tomaba el estudio, pero solo un 30% tiene un conocimiento adecuado de la citología; el 68% ha solicitado que le realicen la prueba de descarte en los últimos tres años; dos tercios de las mujeres practicaron por lo menos una vez en los últimos tres años, porcentaje que se encuentra por debajo de estudio llevado a cabo el Instituto Nacional de Cancerología. El conocimiento poco claro que tienen las mujeres sobre la citología, la cobertura de solo dos tercios del total de mujeres encuestadas y la poca iniciativa del médico para solicitar la citología, contrasta con el interés que muestran las mujeres porque la práctica sea anual y por la validez que tienen de conocer sobre dicho examen. (17)

Calle A. (2009) Bolivia, realizó una investigación sobre grado de conocimiento para la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui, concluye que un gran porcentaje no saben sobre el Papanicolaou y desconocen las prestaciones que ofrece el Seguro Universal Materno Infantil. El grupo de 26 a 35 años son mujeres con educación superior, casadas, con uno a dos hijos, con más de un aborto y tienen buen conocimiento sobre el PAP, las mujeres mayores de 45 años, son de menor educación, analfabetas, solteras y nunca aprendieron sobre el PAP; el grupo etario de 26 a 35 años fue el grupo que aprendió en el hospital seguido por las de 36 a 45 años y las de 15 a 25 años; pero las de 15 a 25 años fue el

grupo que aprendió más a través de la radio. Las mujeres con estudios superiores refieren haber aprendido más en el colegio, hospital y a través de la radio. (14)

Barrera H. (Chiclayo-2010), Realizó un estudio titulado “Conocimientos, prácticas en mujeres en edad reproductiva con relación al cáncer cervical en el Asentamiento Humano Víctor Raúl Haya de la Torre”, cuyo objetivo fue identificar el grado de conocimiento y práctica de las mujeres en edad reproductiva con relación al cáncer cervical. El método que utilizó fue descriptivo- transversal. La muestra estuvo conformada por 180 mujeres equivalente al 12 % de la población. El instrumento que utilizó fue un cuestionario y la técnica la entrevista. Las conclusiones a las que llegó entre otras fueron: “El 69% de la población estudiada poseen conocimientos entre regulares y adecuados acerca del cáncer cervical, las cuales recibieron información en los centros de salud y hospitales, el 38% tienen una adecuada práctica de prevención. (18)

Palma J.(2011)Perú, realizó una investigación sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores, encuesta realizada a 160 mujeres, evidenció que entre las prácticas de prevención primaria del Cáncer Cervicouterino relacionadas con la conducta sexual, sólo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, 88,2% ha evitado el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, y el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales, 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. En cuanto a las prácticas de prevención secundaria encontró: El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou; el 11,1% se lo realizó después de iniciar su vida sexual, 34,6% se realiza cada año, el 67,8% se ha realizado su última prueba hace menos de un año, 30,8% se la ha realizado más de seis veces, 86,1%

conoce el resultado de su último Papanicolaou, y el 36,1% conoce el propósito de la prueba. (23)

Cogollo Z, y Col. (Colombia-2010), realizaron un estudio descriptivo con muestreo estratificado con afijación proporcional, con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la citología cérvicouterina de mujeres de 18 a 49 años que asisten a instituciones de salud pública de primer nivel de Cartagena. La muestra estuvo conformada por 346 mujeres que asistieron a realizarse la prueba de citología cérvico uterina en instituciones públicas de dos localidades de la ciudad, quienes reportaron los siguientes resultados: el promedio de edad fue de 30.8 años (DE= 8.3); el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimientos, el 56% una práctica incorrecta. Concluyendo que un porcentaje importante de mujeres presentan bajos conocimientos frente a la prueba de citología cérvico uterina, igualmente la Mayoría tiene una práctica incorrecta o desfavorable de prevención de cáncer cérvicouterino.

Saavedra J. (2011) Tarapoto, realizó un estudio Cuantitativo, Descriptivo Correlacional prospectiva, de corte transversal para optar el título profesional de obstetra. Titulado 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 donde encontró: De las 111 mujeres encuestadas el 42,34% oscilan entre 20 y 29 años, 21,62% entre 14 – 19 años y el 19,82% entre 30 – 39 años. El promedio de edad alcanzado fue de 27,6 años con un rango entre 15 – 48 años. Asimismo, el 61,26% son convivientes, 28,83% son solteras y el 8,11% son casadas. En relación al grado de instrucción el 44,14% son de nivel secundario, 34,23% de nivel primaria y el 17,12% son de nivel superior universitario, el porcentaje de analfabetismo es bajo 0,90%. El nivel de conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil sexualmente activa sobre el examen de papanicolaou, el 50,45% tienen un nivel de conocimiento Alto; 25,23% conocimiento Bajo y el 24,32% regular. El

promedio de puntos alcanzado fue de 11,356 ptos., con un rango entre 0 – 20 puntos, ubicando al grupo de mujeres en edad fértil en el nivel regular. (21)

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Conocimiento

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberse sobre un tema o sobre una ciencia. La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio,) A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos. Parte de la filosofía que analiza las facultades cognoscitivas del hombre y su capacidad de captar la realidad en sus diversas manifestaciones es más que una disciplina filosófica general, esta no se ocupa de una verdad particular de algún campo de la ciencia sino que se ocupa del cuerpo de las verdades cognoscibles. Es el conjunto de principio que por su explicación sistemática, se determina el modo de conocer los aspectos de la realidad el cual abarca desde su reflejo superficial hasta el dominio de las leyes que rigen sus fenómenos. (32)

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. (31)

El desarrollo de cada una de las actitudes, aptitudes intelectivas, aptitudes procedimentales correspondencia con y los contenidos tiene 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). Este aprendizaje tiene lugar en la formación mental de la persona, desde el nacimiento hasta la madurez. (33)

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 al respecto, lo cual se traduce en que actuarán teniendo en cuenta las medidas preventivas.(8)

Es en este contexto que podemos visualizar que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocado y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. Asimismo, se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de la mujer en edad fértil con vida sexual activa, frente a la aceptación de realizarse el examen de Papanicolaou como medida preventiva del Cáncer Cervicouterino, podrá interesarse sobre sus problemas de salud, asistir a las consultas médicas más oportunamente y seguir las indicaciones terapéuticas, con la cual pueden contribuir constructiva o negativamente en el proceso salud-enfermedad. (8)

Podríamos concluir diciendo que el conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una

situación determinada y que la adquisición de la misma puede ser en forma individual, social, por descubrimiento, etc. según los aportes científicos de diferentes autores, y que podría fijarse significativamente en nuestro campo mental para que influya en la modificación de nuestras actitudes y comportamiento frente a un determinado suceso. (8)

- **El conocimiento sobre citología vaginal en las mujeres**

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones; es así como en la comunidad de estudio se investiga los pre saberes que existen y sus bases teóricas, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua española define el término conocimiento: Noción, ciencia, sabiduría entendimiento, inteligencia, razón natural (13).

Según la literatura revisada el conocimiento tiene tres características básicas:

El conocimiento es personal, en el sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma", permite "entender" los fenómenos que las personas perciben , de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (13)

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Por ende, la falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, los riesgos de padecer la enfermedad, y de la realización del PAP como alternativa oportuna para curar la enfermedad constituye un factor negativo muy influyente que impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo (13).

1.3.2. **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. (30)

- **Prevención primaria:**

La prevención primaria incluye medidas específicas de protección contra la enfermedad o el trauma, como inmunización, saneamiento ambiental y protección contra riesgos ocupacionales. Las actividades de promoción de salud se consideran como una forma de prevención primaria. (30)

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención primaria interviene en el período preclínico y parte del período subclínico. Según Leavell y Clark las estrategias a nivel

de la prevención primaria se centran en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad. Las metas de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud. (30)

Prevención primaria en el cáncer cervicouterino:

Mediante la prevención y control de la infección genital por HPV se podría lograr la prevención primaria del cáncer cervicouterino. La prevención de la infección genital por HPV se podría conseguir con estrategias de promoción de la salud dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las ITS de significado en salud pública.

La prevención primaria del cáncer cervical, a través de la prevención de la infección con VPH sin duda contribuye a reducir la mortalidad por cáncer. Sin embargo, la prevención primaria del VPH presenta mayores desafíos que la prevención primaria de las otras ITS. (30)

Practica saludable

La Real Academia de la Lengua Española hace referencia al uso continuado de costumbres o el método que particularmente se observa en alguien para con sus actuaciones. A partir de lo cual, Figueroa plantea que las prácticas son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, asimismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (15).

Partiendo de esta definición, es necesario que al abordar el tema del cáncer cervicouterino y el test de Papanicolaou los esfuerzos se orienten a la modificación de conductas de riesgo así como a identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar conductas y hábitos positivos a fin de diseñar intervenciones educativas

específicas que llevan a modificar las negativas, a reforzar las creencias positivas y a tener conocimientos de las medidas de control. Basado en ello, es imprescindible identificar que Prácticas tiene la población en riesgo, respecto a la Prueba del Papanicolaou, que contribuyen para orientar a las mujeres sobre la responsabilidad en el autocuidado de su salud (15).

Educación a la población

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la aparición del cáncer cervicouterino y de sus factores, es una de las principales herramienta a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inexistentes, aumentan la adherencia al tamizaje (20)

Vacunación 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 (20)

- **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. Esto se logra mediante controles para detectar las enfermedades como la diabetes, carcinoma in situ, tuberculosis o glaucoma. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad. (34)

De acuerdo al patrón de enfermedad, la prevención secundaria interviene en parte del período subclínico. Leavell y Clark, expresa que el propósito está orientado a identificar cuanto antes e intervenir eficazmente en el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones. (34)

Prevención secundaria en el cáncer cervicouterino:

El camino para prevenir las muertes por cáncer de cérvix es simple y eficaz. Si las lesiones precancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer. Los esfuerzos de prevención del cáncer cervicouterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervicouterino y de la mortalidad. La incidencia del cáncer cervicouterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada. (34)

1.3.3. Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou es un examen citológico cuyo objeto es detectar células cervicouterinas anormales. El procedimiento consiste en efectuar un raspado de las células del cuello del útero y fijarlas en un portaobjetos de vidrio. Luego, los portaobjetos se envían a un laboratorio de citología donde son evaluados por un citólogo o una persona adiestrada en técnicas de citología. Generalmente, los resultados de esta evaluación pueden obtenerse en un plazo de algunas semanas. (35)

Es importante tener en cuenta la historia natural del cáncer cervical para decidir cuándo iniciar las pruebas de detección, frecuencia con que éstas deben efectuarse y cuando recomendar un tratamiento y/o seguimiento.

Según la OPS practicar exámenes de detección cada tres años tiene un impacto casi tan significativo como hacerlo cada año. En la mayoría de los países desarrollados se recomienda a las mujeres realizarse la primera prueba de Papanicolaou poco después de convertirse en sexualmente activas y luego en forma anual o trienal. En muchos países se están modificando las normas, reduciendo la frecuencia de las pruebas de Papanicolaou, pues se reconoce que, por lo general, el cáncer cervicouterino y sus afecciones precursoras se desarrollan lentamente, a lo largo de varios años. (29)

1.3.4. Definición de cáncer:

Es una enfermedad que resulta del crecimiento sin control de células anormales que se originan en alguna parte del cuerpo y suelen vivir más tiempo que las células normales, pueden formar tumores, destruir las partes vecinas y diseminarse por el cuerpo. En sus primeras etapas, no presenta síntomas, no causa dolor ni molestias. Los síntomas de alarma en toda persona, sea cual fuera su edad o sexo, pueden ser:

sangrado inusual, secreción anormal por pezones o genitales; molestias generales o digestivas; tumores o protuberancias en cualquier parte del cuerpo, lunares sospechosos, cambios o manchas en la piel, cambios en la voz, tos crónica y/o heridas que no cicatrizan, entre otros. (20)

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. (20)

1.3.5. Definición de cáncer cérvicouterino:

El cáncer de cuello uterino es el crecimiento celular anormal del cuello. El cuello es la parte inferior del útero o matriz. Es una enfermedad seria que puede amenazar la vida. Cuando una mujer se infecta con ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y no elimina la infección, pueden desarrollarse células anormales en el revestimiento del cuello. Si no se descubren y tratan en una etapa temprana, estas células anormales pueden convertirse en células cervicales precancerosas que a su vez se convierten en cáncer. Esto puede tardar varios años, aunque en algunos casos puede suceder en un año. El cáncer de cuello uterino es un tumor originado a partir de una transformación maligna de las células epiteliales que revisten este segmento del útero. Constituye uno de los tumores más frecuentes que afectan a los órganos del aparato genital femenino. Si bien puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer. (22)

- Clasificación de cáncer cérvicouterino:

El estado precursor suele conocerse como neoplasia intraepitelial cervical (NIC). La NIC se ha subdividido en los siguientes estadios:

NIC I displasia leve.

NIC II displasia moderada.

NIC III displasia grave o carcinoma in situ.

La evolución que se inicia con la displasia leve y que si no se interrumpe, termina en carcinoma invasivo y tiene una duración variable en cada caso. (25)

- Manifestaciones clínicas del cáncer cérvicouterino:

El cáncer de cérvix precoz suele ser asintomático. Los dos principales síntomas son la leucorrea (secreción vaginal) y las hemorragias o manchados vaginales irregulares. La secreción vaginal aumenta progresivamente en cantidad y se hace más acuosa, acabando por aparecer oscura y maloliente por necrosis e infección de la masa tumoral. Las hemorragias se producen a intervalos irregulares, entre los periodos (metrorragias) o después de la menopausia. Suele producirse tras el coito, las duchas vaginales o la defecación. Con el progreso de la enfermedad, las hemorragias se hacen constantes y aumenta su cantidad". (27)

- Diagnóstico de cáncer cérvicouterino:

Tacto: Vaginal y rectal cuando sea necesario para investigar progresión y metástasis.

Examen con espéculo: Investigar lesiones cervicales, que aparentan simples cervicitis.

Test de Shiller: Para descubrir zonas negativas que permite tomar biopsia dirigida.

Colposcopia: Consiste en investigar zonas de re-epitelización atípica, base, mosaico y atipia vascular. Permite tomar biopsia dirigida.

Biopsia: Para descartar, confirmar o precisar características, histológicas de los hallazgos en la citología y la colposcopia.

Conización: Para estudio histológico y seguridad pronóstica. Bordes libres o tomados. Es una de las formas de tratamiento en la NIC III.

Ecografía: Puede identificar ganglios linfáticos mayores de 2 cm., pero no indica su etiología benigna o maligna. Puede identificar metástasis hepáticas y renales.

Tomografía computarizada: Es útil en el carcinoma invasor para precisar tamaño de tumor, invasión y propagación de parametrios y paredes laterales de la pelvis, así como hidronefrosis y metástasis hepáticas y óseas.

Resonancia magnética: Tiene mayor precisión que la tomografía computarizada para precisar invasión de parametrios, vagina, útero y vejiga.

(28)

1.3.6. Factores de riesgo asociados

- Papiloma Virus

Es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años,

es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras. La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe (16).

La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix. Los factores determinantes que se conocen para que esta progresión ocurra, son: tipo viral, persistencia de la infección en exámenes repetidos y carga viral. (16)

- 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 (19)

- 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 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. (19)

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. (19)

- 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 tomarla. (19).

- Inicio temprano de las relaciones sexuales

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico

uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.(24)

- **Números de parejas sexuales**

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos. 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 (24).

1.4. Justificación y/o importancia:

El cáncer del cuello uterino constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en América Latina. El problema especialmente es grave en países menos desarrollados debido a que las revisiones ginecológicas no son accesibles. (12)

Las estadísticas señalan que en la actualidad en el Perú, se desarrollan más de 5,400 casos de cáncer de cuello uterino anualmente, alrededor de 15 casos nuevos son detectados y mueren de 6 a 8 mujeres diariamente. **(7)**

Según datos oficiales del ministerio de salud en la región san Martín se reportaron 1120 casos por cáncer. Los casos registrados de mujeres en esta misma región, señalan que el cáncer de mayor frecuencia es el de cáncer de cérvix, con 27.1% (303) de casos registrados lo que implica que requieren fortalecerse en el corto mediano plazo con acciones de prevención y control del cáncer, lo cual la citología cervical, es necesaria su práctica periódica ya que sigue siendo uno de los mejores exámenes auxiliares para la detección precoz del cáncer de Cuello uterino. Esta prueba es utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras del cáncer y ha demostrado que su utilización periódica reduce de manera importante la morbilidad y mortalidad por esta neoplasia por lo que debe promocionarse y ser más accesible en la zona rural.

Actualmente el puesto de salud Bello Horizonte, no cuenta con un programa específico que desarrolle actividad preventivo-promocional referente al cáncer ginecológico (cuello uterino), lo que nos motivó a la realización de este proyecto de investigación el cual se realizó con el objetivo de brindar información actual, sobre este problema social que puede evitarse y tratarse si es detectado a tiempo, a las instituciones responsables y que prestan servicios de salud interesados en el tema de investigación, de esta manera sensibilizarlos junto con la población a mejorar y aplicar las medidas adecuadas y oportunas de prevención del Cáncer de cérvix, también fomentar las prácticas preventivas mediante charlas educativas que permitan elevar el

nivel de conocimiento que puedan tener la población del caserío Bello Horizonte, evitando las muertes que son causadas por esta enfermedad.

La presente investigación estuvo basado y orientado hacia el respeto y la confidencialidad de la información que fue vertida por la población en estudio, es importante desarrollar y difundir estos conocimientos que ellas poseen, la razón fundamental por la que el estudio del nivel de conocimiento relacionado a la práctica de prevención del cáncer de cuello uterino es aceptable desde el punto de vista ético, reside en la enorme contribución que puede aportar como una herramienta que promueva y/o incentive hacia la gestión de programas preventivos promocionales del cáncer de cuello uterino.

1.5. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. Periodo julio-setiembre 2014?

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. Periodo julio-setiembre 2014.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos de las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino que tienen las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo.
- Identificar las prácticas sobre prevención del cáncer de cuello uterino que tienen las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo.
- Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo.

III. HIPOTESIS

3.1. Hipótesis de investigación.

Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte-Banda de Shilcayo. Periodo julio-setiembre 2014.

3.2. **Sistema de Variable.**

Variable Independiente:

Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil.

Variable Dependiente:

Prácticas preventivas sobre cáncer del cuello uterino

3.3. Operacionalización de variables:

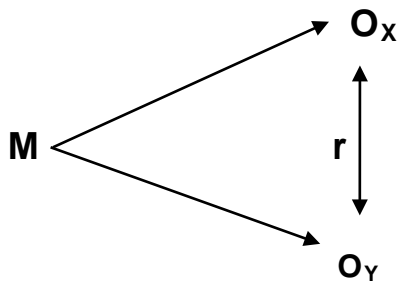
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. Es la aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior.	Se refiere al conocimiento que poseen las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte sobre las medidas y actividades para la prevención del cáncer de cuello uterino.	Conoce sobre el cáncer de cuello uterino	Responde un cuestionario y alcanza una puntuación: Alto: 19-26 puntos Medio: 09-18 puntos Bajo: < 08 puntos
			Fuente de información para prevención del cáncer de cuello uterino.	
Prácticas de prevención	Son las acciones que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos para la detección precoz del Cáncer Cervical	Se refieren al comportamiento y/o actividades que realizan las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte para la prevención del cáncer de cuello uterino.	Prácticas de prevención primaria.	Responde un cuestionario y alcanza una puntuación: Adecuadas: 09-14 puntos Inadecuadas: < 08 puntos
			Prácticas de prevención secundaria.	

IV. MATERIALES Y METODOS:

4.1. Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, prospectivo, correlacional, de corte transversal, con recolección prospectiva de los datos.

4.2. Diseño de investigación



M = Mujeres en edad fértil.

O_x = Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino.

O_y = Prácticas preventivas sobre el cáncer de cuello uterino

r = Relación entre variables de estudio.

4.3. Universo, Población y Muestra

Universo:

Estuvo conformada por todas las mujeres residentes del caserío Bello Horizonte, que suman un total de 665.

Población:

Estuvo conformada por 365 mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte.

Muestra:

Se realizó un muestreo probabilístico utilizando fórmula de proporción poblacional, constituida por un determinado número de mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años y en concordancia con los criterios de inclusión.

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: Tamaño muestral.

N: Tamaño de la población.

Z: Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha = 0,05$

p: Prevalencia del fenómeno en estudio.

Q: 1-p

“i” o “d”: Tolerancia de error (mayormente 5%)*.

Aplicando la fórmula, se determinó el tamaño de la muestra, la misma que estuvo constituida por: $n = 102$ mujeres en edad fértil.

Unidad de análisis:

Una mujer en edad fértil del caserío Bello Horizonte.

4.4. **Criterios de inclusión y exclusión.**

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte
- Mujeres LOTE, que acepten participar en el programa.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con discapacidades.
- Mujeres con morbilidad mental.

4.5. **Procedimiento**

- Se solicitó autorización a las autoridades del caserío bello con la finalidad de conocer el área geográfica y demográfica de dicha zona.
- Se identificó la población y muestra de estudio.
- Se explicó a las MEF sobre el objetivo de la entrevista, su estructura y se solicitó su consentimiento informado para la aplicación de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se realizó las entrevistas respectivas por manzanas.
- Obtenidas las entrevistas, se utilizó la estadística a través del software estadístico SPSS 17,0 para determinar el nivel de conocimiento y prácticas de prevención de las mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte, a través de las pruebas perimétricas Chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significancia $< 0,05$.

- Con la ayuda de un estadístico se procesó los resultados obtenidos.
- Se analizaron y discutieron los resultados obtenidos.
- Finalmente se elaboró el informe final de investigación.

4.6. **Métodos de instrumentos de recolección de datos:**

El instrumento de recolección de datos fue diseñado por los autores. Se realizó una entrevista estructurada, la misma que consta de 03 secciones, medidos en ítems, con variabilidad en la construcción de los enunciados de los mismos (ordenamiento y de tipo valorativo):

1. Sección Características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil: constan de 5 indicadores; edad, grado de instrucción, estado civil, paridad y religión. Esta sección solo tiene valoración de carácter informativo.
2. Sección nivel de conocimientos acerca de la prevención del cáncer de cuello uterino: consta de 13 ítems, con una puntuación total de 26 puntos.
3. Sección Prácticas preventivas: constituido por 14 ítems, con una puntuación total de 14 Puntos.

Eficacia del instrumento:

Para conformar la versión definitiva del instrumento se realizó:

Validez de contenido:

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez del contenido, por el método "Juicio de Expertos", utilizando la opinión de 3 expertos especialistas vinculados con el tema (02 obstetras y 01 Gineco-obstetra).

Las sugerencias, hallazgos y recomendaciones dadas por los expertos fueron tomados en cuenta para realizar los cambios pertinentes del instrumento de investigación.

Validez de constructo:

El instrumento después del análisis de validez se afino y aplico a una muestra piloto, que resulto del 10% del total de la muestra conformada por 102 MEF donde se validó la claridad, lógica y la apariencia del instrumento. La prueba piloto estuvo conformada por 10 mujeres en edad fértil sexualmente activa que no conformaron parte de la muestra.

Criterios de interpretación: Por normas:

- Para la medición del Nivel de Conocimientos.

CALIFICACIÓN	PUNTAJE
Nivel de Conocimiento Alto	19 – 26 puntos
Nivel de Conocimiento Regular	09 – 18 puntos
Nivel de Conocimiento Bajo	00 – 08 puntos

- Para la medición de la Práctica de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil.

CALIFICACIÓN	PUNTAJE
Práctica Adecuada	8- 14 puntos
Práctica Inadecuada	0 - 7 puntos

V. RESULTADOS

TABLA N° 01.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CASERÍO DE BELLO HORIZONTE - BANDA DE SHILCAYO. JULIO-SETIEMBRE DEL 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N° DE PACIENTES	%
Edad	15 A 20 años	21	20,6
	21 a 30 años	29	28,4
	31 a 40 años	36	35,3
	41 a 49	16	15,7
	TOTAL	102	100,0
Estado Civil	Soltera	22	21,6
	Casada	22	21,6
	Conviviente	57	55,9
	Divorciada	1	1,0
	TOTAL	102	100,0
Grado de Estudio	No estudié	2	2,0
	Primaria	43	42,2
	Secundaria	54	52,9
	Superior Técnica	2	2,0
	Superior Universitaria	1	1,0
TOTAL	102	100,0	
Religión	Católica	74	72,5
	Evangélica	11	10,8
	Adventista	4	3,9
	Ninguno	13	12,7
	TOTAL	102	100,0
Ocupación	Ama de casa	87	85,3
	Trabajadora/indepnte.	2	2,0
	Otra	13	12,7
	TOTAL	102	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la **Tabla N° 01**, según características sociodemográficos de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - Banda de Shilcayo, se observa: con respecto a los grupos etarios, que prevalece el 35,3% (36) en el grupo de edad entre 31 a 40 años, seguido del 28,4%(29) que tienen una edad entre 21 a 30 años. Con respecto al estado civil: EL 55,9% (57) tienen un estado civil de convivientes, el 21,6% (22) son casadas o solteras. Con respecto al grado de estudios: se observa que la mayoría (95,1%) tienen grado de estudios primarios o secundarios. Con respecto a la religión: El 72,5% (74) pertenecen a la religión católica. Y con respecto a la ocupación de la mujer en edad fértil, el 85,3% son amas de casa.

TABLA N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CASERÍO DE BELLO HORIZONTE DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO-JULIO-SETIEMBRE 2014.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N° DE MUJERES	%
Bajo	29	28.4%
Medio	54	52.9%
Alto	19	18.6%
TOTAL	102	100.0%

Fuente: Elaboración propia de la investigación

La **tabla N° 02**, según nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte. Banda de Shilcayo, se observa que el 52,9% (54) de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte tienen un nivel de conocimiento medio; seguido del 28,4% (29), que tienen un nivel de conocimientos bajo; y el 18,6% (19) tienen un nivel de conocimientos alto sobre prevención el cáncer de cuello uterino.

TABLA N° 03

PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CASERÍO DE BELLO HORIZONTE. BANDA DE SHILCAYO. PERIODO JULIO-SETIEMBRE 2014.

PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN	N° DE MUJERES	%
Inadecuada	38	37.3
Adecuada	64	62.7
Total	102	100.0%

Fuente: Elaboración propia de la investigación

La **tabla N° 03**, según prácticas sobre prevención del cáncer de cuello uterino de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - Banda de Shilcayo, se observa que el 62,7% (64) de mujeres en edad fértil tienen prácticas adecuadas sobre prevención del cáncer de cuello uterino y el 37,3% (38) tienen prácticas inadecuadas.

TABLA N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y SU RELACION CON LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CASERÍO DE BELLO HORIZONTE. BANDA DE SHILCAYO. 2014

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	Bajo	Medio	Alto	
Inadecuado N° %	17	17	4	38
	16.7%	16.7%	3.9%	37.3%
Adecuado N° %	12	37	15	64
	11.9%	36.3%	14.7%	62.7%
Total N° %	29	54	19	106
	28.4%	52.9%	18.6%	100.0%

Fuente: Elaboración propia de la investigación

Prueba de Chi-cuadrado- SPSS. V.19

	Value	g.l.	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,567 ^a	2	$p = 0,014$
N Casos válidos	102		

En la **tabla N° 04**, según nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención del cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - Banda de Shilcayo, se observa que el 36,3% (37) de las mujeres en edad fértil tienen prácticas de prevención adecuadas y nivel de conocimiento medio sobre el cáncer de cuello uterino; 16,7% (17) de las mujeres tienen prácticas de prevención inadecuada y nivel de conocimiento bajo; asimismo el 14,7% (15) de las mujeres en edad fértil tienen adecuada práctica de prevención y alto nivel de conocimiento de cáncer de cuello uterino.

Existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte, distrito de La Banda de Shilcayo. Periodo julio-setiembre 2014.

VI. DISCUSION

La neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino; el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados (8); de allí la importancia del presente trabajo sobre conocimientos y prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino que nos invita a discutir nuestros resultados.

En la **Tabla N° 01**, según características sociodemográficos de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - Banda de Shilcayo, se observa: con respecto a los grupos etarios, que prevalece el 35,3% (36) de en el grupo de edad entre 31 a 40 años, seguido del 28,4%(29) que tienen una edad entre 21 a 30 años. Con respecto al estado civil: EL 55,9% (57) tienen un estado civil de convivientes, el 21,6% (22) son casadas o solteras. Con respecto al grado de estudios: se observa que la mayoría (95,1%) tienen grado de estudios primarios o secundarios. Con respecto a la religión: El 72,5% (74) pertenecen a la religión católica. Y con respecto a la ocupación de las mujeres en edad fértil, el 85,3% son amas de casa.

Nuestros resultados coinciden con Saavedra J. (Tarapoto- 2011), el 29,82% se encuentran en el grupo de edad entre 30 – 39 años; el 61,26% son de estado civil convivientes; el 78,7% alcanzaron el nivel de educación primaria o secundaria. Coincidencia explicable porque se trata de dos grupos poblacionales con niveles socioeconómicos similares.

Luego podemos observar que nuestros resultados difieren con los reportados por Huamaní A (Lima-2010), quien informó que la edad promedio fue de 27,1 \pm 7,6 años, el 46% fueron solteras, y el 93% tenía un nivel de instrucción secundario a superior, el 19,5% pertenecen a una religión evangélica.

No se encuentran explicaciones objetivas a estas diferencias más que asociar a las características socioculturales de las mujeres en edad fértil participantes residentes en la ciudad de Lima, y la nuestra realizada en la zona rural del distrito de La Banda de Shilcayo, ubicada en la selva peruana.

La **tabla N° 02**, según nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte. Banda de Shilcayo, se observa que el 52,9% (54) de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte tienen un nivel de conocimiento medio; seguido del 28,4% (29), que tienen un nivel de conocimientos bajo; y el 18,6% (19) tienen un nivel de conocimientos alto sobre prevención el cáncer de cuello uterino.

Nuestros resultados coinciden con Barrera H. (Chiclayo-2010) en un estudio sobre conocimientos y prácticas en mujeres en edad reproductiva con relación al cáncer cervical en el Asentamiento Humano Víctor Raúl Haya de la Torre, en la ciudad de Chiclayo, encontró que el 69% de la población estudiada poseen conocimientos entre regulares y adecuados acerca del cáncer cervical. Gamarra C. (Brasil-2009) realizó un estudio utilizando una encuesta de hogares con enfoque cuantitativo, e informó que el 46,1% de las mujeres entrevistadas mostraron un conocimiento adecuado.

Asimismo nuestros hallazgos difieren con lo encontrados por Bazán F, (Lima-2009), en un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer de cuello uterino “el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé-Lima, reportó que el 63% de madres nivel bajo de conocimiento. Mientras que a nivel internacional. Cogollo Z, y Col. (Colombia-2010), informó el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino.

El nivel de conocimiento medio- alto prevalente sobre el cáncer de cuello uterino encontrado en nuestro estudio, es el resultado de que en la región San Martín el hubo una campaña agresiva de promoción del programa preventivo de cáncer de cuello uterino por parte del sector salud; y a la vez se espera que estos resultados reflejen las actividades de salud comunitaria que desarrolla la UNSM en el caserío de Bello Horizonte.

La **tabla N° 03**, según prácticas sobre prevención del cáncer de cuello uterino de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - Banda de Shilcayo, se observa que el 62,7% (64) de mujeres en edad fértil tienen prácticas adecuadas sobre prevención del cáncer de cuello uterino y el 37,3% (38) tienen prácticas inadecuadas.

Nuestros resultados difieren con Cogollo Z, y Col. (Colombia-2010), realizaron un estudio con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente a al cáncer cérvicouterina de mujeres de 18 a 49 años que asisten a instituciones de salud pública de primer nivel de Cartagena; reportó que la mayoría de mujeres (56%) del estudio tienen una

práctica incorrecta o desfavorable de prevención de cáncer cérvicouterino. Barrera H. (Chiclayo-2010) en un estudio sobre conocimientos y prácticas en mujeres en edad reproductiva con relación al cáncer cervical en el Asentamiento Humano Víctor Raúl Haya de la Torre, en la ciudad de Chiclayo, informó que el 38% de las entrevistada tienen una adecuada practica de prevención del cáncer cervical.

Estas diferencias en los porcentaje de adecuadas prácticas preventivas devienen de nivel de conocimientos medio – alto de las mujeres de nuestro estudio; y como una interpretación lógica, mejores conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino desarrollará practicas preventivas adecuadas, en las mujeres del Caserío de Bello Horizonte,

En la **tabla N° 04**, según nivel de conocimiento y prácticas sobre prevención del cáncer del cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte - Banda de Shilcayo, se observa que el 36,3% (37) de las mujeres en edad fértil tienen prácticas de prevención adecuadas y nivel de conocimiento medio sobre el cáncer de cuello uterino; 16,7% (17) de las mujeres tienen prácticas de prevención inadecuada y nivel de conocimiento bajo; asimismo el 14,7% (15) de las mujeres en edad fértil tienen adecuada práctica de prevención y alto nivel de conocimiento de cáncer de cuello uterino.

Estos resultados exponen la aceptación de nuestra hipótesis de investigación que afirma la existencia de una relación estadísticamente significativa ($p \leq$

0,05) entre los conocimientos y prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino y confirman que los conocimientos determinan la adecuada o inadecuada prácticas de prevención ; por lo que se hace de una necesidad impostergable ampliar las coberturas de información y educación acerca del cáncer de cuello uterino y sobre todo la prevención repercutirá positivamente en la salud pública y en particular en la salud sexual y reproductiva.

VII. CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación, se formularon las siguientes conclusiones:

1. El 35,3% de las mujeres en edad fértil se encuentran en el grupo de una edad entre 31 a 40 años; el 55,9% son convivientes; la mayoría tienen grado de estudios primarios o secundarios; el 72,5% pertenecen a la religión católica; y el 85,3% son amas de casa.
2. El 52,9% de las mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte tienen nivel de conocimiento medio; y el 18,6% tienen un nivel de conocimientos alto sobre prevención del cáncer de cuello uterino.
3. El 62,7% de mujeres en edad fértil del caserío de Bello Horizonte tienen prácticas adecuadas sobre prevención del cáncer de cuello uterino.
4. Existe una relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte, distrito de La Banda de Shilcayo.

VIII. RECOMENCACIONES.

De los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes recomendaciones:

1. Los profesionales de la salud en cumplimiento de acciones preventivo-promocionales en el primer nivel de atención, deben promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas a la población femenina, enfatizando el reconocimiento de los factores de riesgo y medidas preventivas del cáncer de cuello uterino.
2. sensibilizar a las mujeres sin perder la esencia de su tradición (creencias, actitudes y costumbres).
3. Plantear estrategias que mejoren la atención que brindan los profesionales y futuros profesionales de obstetricia en un enfoque intercultural.
4. Reformular las estrategias educativas para atraer a las mujeres a realizarse el Papanicolaou incluyendo la participación de la pareja para que no interfiera en la decisión que ella tome en la realización del mismo.
5. Al personal del puesto de salud Bello Horizonte apelando siempre al acompañamiento de un profesional de obstetricia continuar fortaleciendo las campañas de prevención del cáncer de cuello uterino mediante talleres

didácticos para reforzar sus conocimientos e incentivar a la práctica de métodos diagnósticos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shanta V.et al 2008 Epidemiología del cáncer del cuello uterino: Una perspectiva mundial y nacional Indian Med Assoc.
2. Salud en Radio programas del Perú (RPP) [página en internet] Grupo RPP. S.A.C; 2011[actualizado 24 Marzo 2011; citado 29 Mayo 2012]. Disponible en: http://radio.rpp.com.pe/saludenrpp/el-cancer-de-cuello-uterino_salvemos-vida/
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino. Estadística: perfil epidemiológico [página de internet].Lima: INEN; 2011. [Fecha de acceso: 2 junio de 2012]. Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/03022011_R.J_011_2011OKEY.pdf
4. Sosa N, (2010) Nicaragua “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán.
5. Gamarra C. (2008) Brasil, estudio utilizando una encuesta de hogares con enfoque cuantitativo San José de Mipibu, noreste de Brasil.
6. Martínez V. (2010) actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural en Veracruz, México.

7. Ministerio de salud. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina. Serie de normas técnicas N°43. Perú. 2011.
8. American Cancer Society. [Internet]. Resumen sobre cáncer de cuello uterino. USA-2009. Disponible en: www.cancer.org.
9. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones pre malignas del cuello uterino a nivel nacional. Perú. 2010.
10. Oddó D. Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del siglo XX. (I y II partes). Chile. Fecha de acceso 20 de Octubre de 2011].URL disponible <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/georgenicholaspapanicolaou.pdf>
11. Veríssimo J. Brasil 2008. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la prueba de Papanicolaou en el noreste de Brasil.
12. Instituto nacional de neoplásicas, Junio. 2009. El cáncer en Latinoamérica. Entrevista: Cadena norteamericana de comunicaciones CNN.
13. Ministerio de salud. Manual de normas técnicas administrativas. Programa de detección precoz y control de cáncer de cuello uterino. Op.cit., p.15-2009.
14. Calle A. (2009) Bolivia “grado de conocimiento para la prevención del cáncer cervicouterino en mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui”.
15. Coalición multisectorial “Perú contra el cáncer”. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del Cáncer en el Perú. Diciembre 2009. Pág. 22.

16. Lewis M, Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. (Fecha de acceso: Julio-2012). Disponible: <http://www.pahoo.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc.lac.pdf>
17. Adewole C. (2010) Colombia, estudio descriptivo donde se analizan las respuestas de 150 mujeres encuestadas. Para determinar factores sociodemográficos y las practicas del Papanicolaou
18. Barrera H. (2010) Chiclayo-Perú, “Conocimientos, prácticas en mujeres en edad reproductiva con relación al cáncer cervical en el Asentamiento Humano Víctor Raúl Haya de la Torre”.
19. American Cancer Society. [Internet]. Resumen sobre cáncer de cuello uterino. USA-2011. Disponible en: www.cancer.org.
20. Ministerio de Salud. Guía Clínica: Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsa, 2ª Edición. 2010.
21. Saavedra J. (2011) Tarapoto-Perú, “Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de papanicolau en mujeres en edad fértil sexualmente activas”.
22. García P. et al Colombia (2009). El tratado de enfermería. Mosby Doymas Libros, 1995. Volumen 4
23. Palma J. (2011) Lima, realizó una investigación sobre prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores.

24. Santisteban A. Cáncer en el siglo XXI. Acta Med. Perú. 2009; 23(2): 12-18.
Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172006000200011&script=sci_arttext
25. Joanne P. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de Sistemas. Segunda edición. Washington. 2009. Pág. 318-320
26. Wikipedia. La enciclopedia libre. Prueba de Papanicolaou. 2011. Fecha de acceso 17 de Octubre de 2011].URL disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_cervical.
27. <http://www.latinsalud.com> cáncer de cuello uterino. 2010
28. TUOTROMEDICO [Internet]. Virus del papiloma humano. México - 2009. Acceso:23-11-2014.Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/virus_papiloma_humano.htm>.
29. Cruz G. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino en ginecología Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología - revista Cubana obstetricia y ginecología volumen 30 / Nº 3, 2009.
30. Segura S. Santiago de Cali. (2011) Modelo pedagógico de la educación a distancia apoyada en las tecnologías de la Información y la comunicación en la corporación universitaria autónoma de occidente – CUAO.
31. Morian J. Modelos de enseñanza aprendizaje: Ausubel D. 2007. Fecha de acceso 16 de Octubre de 2011]. URL disponible en: <http://gcarvajalmodelos.wordpress.com/2007/02/01/biografia/>

32. Vargas J. Desarrollo cognitivo de Jean Piaget. Asociación oaxaqueña de psicología A.C. México. Fecha de acceso 16 de Octubre de 2011]. URL. Disponible en: <http://www.slideshare.net/juanmalaga/piaget-2068363>
33. Mujeres en edad fértil, consultada 10 de agosto del 2010 prevención del cáncer <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0008/cap2-1.htm>.
34. Binasss.sa [Internet]. El Papanicolaou. Caja costarricense de seguro social. Departamento de relaciones públicas. San José, Costa Rica, 2009. disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/papanicolau.htm>.
35. Cogollo z. y col. Conocimientos actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia)-2010. Visitado el 22-10-2014. Disponible en: <http://www.grupocuidadoaloscolectivos.com.co/articulos/publicaciones/citologia.pdf>

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estudio:

Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del caserío Bello Horizonte- Banda de Shilcayo. Periodo julio-setiembre 2014.

ENCUESTA

Indicaciones: A continuación presentamos el siguiente cuestionario, con la finalidad de recopilar información.

Marque con un círculo la respuesta que considere correcta y/o complete los espacios en blanco de manera concisa. Sugerimos sinceridad. Gracias por su colaboración:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.- **¿Cuántos años cumplidos tiene?** años

2.- **¿Cuál es su estado civil actual?**

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente
4. Viuda

5. Divorciada

3.- ¿hasta qué grado estudio?

1. No estudié

2. Primaria

3. Secundaria

4. superior Técnica

5. Superior universitaria

4.- ¿A Qué religión perteneces?

1. Católica

2. evangélica

3. adventista

4. otras

5. ninguno

5.- cuál es su ocupación:

1.-Ama de casa

2.-Empleada/obrero

3.-Trabajadora Independiente

4.-Jubilada

5.- Otra

CONOCIMIENTO SOBRE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1.- El Cáncer de Cuello Uterino es una enfermedad que:

- 1) Presenta secreción vaginal en gran cantidad y mal olor además de comezón en la zona.
- 2) Ocasiona una lesión en el cuello uterino que puede llegar a convertirse en tumor maligno.
- 3) Se caracteriza por la presencia de tos y flema por más de quince días.

2.- ¿ha recibido información o ha escuchado sobre las prácticas para prevenir el cáncer de cuello uterino.

- 1.-SI 2.-NO

3.-¿En qué lugar recibió la información sobre las prácticas de prevención del cáncer de cuello uterino?

- 1.-Centro de Salud
- 2.-Hospitales
- 3.-Consultorio Particular
- 4.- Otros. Especifique.....

4.- ¿Quién le proporcionó la información?

- 1.-Amigos
- 2.-Familiares
- 3.-personal de salud
- 4.- Medios de comunicación 5.-otros.- especifique-----

- a) Si b) No

13.- ¿cuándo deberías realizarte el examen de Papanicolaou

- 1.-. Cuando tengo molestias en mi vagina.
- 2.-. Cuando haya iniciado las relaciones sexuales.
- 3.-. Cuando se presentan descensos.
- 4.-. Cuando tengo dolor de cabeza.
- 5.-. No sé

PRACTICAS PREVENTIVAS SOBRE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

1.- ¿Ha recibido Ud. educación sexual?

1. SI 2. No

2.- ¿De quién ha recibido Ud. educación sexual?:

- a) Personal de salud
- b) amigos
- c) familiares
- d) Medios de comunicación

3.- ¿Ha tenido Ud. Relaciones sexuales?

- a) SI ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?-----
- b) NO

4.-Como se comporta su pareja?

- a) Me es fiel b) tiene otra pareja c) No se

11. ¿su pareja estaría de acuerdo con la realización del Papanicolaou?

1.- Si

2.- No

3.-. No sabe

12.-Cuándo fue la última vez que se le practicó el Papanicolaou:

1. En este año

2. Hace más de un año

3. Hace más de tres años

4. Nunca

13.-Con qué frecuencia se le ha practicado la prueba de PAP?

1. Anual

2. Cada seis meses

3. Cada tres años

4. Ocasionalmente

5. Nunca

14.- Reclamo sus resultados?

1.- Si

2.-No