UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Richar Fonseca Pérez

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú

2019

Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO - PERU

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Obra publicada con autorización del autor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Richar Fonseca Pérez

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Richar Fonseca Pérez

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN -TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019

AUTOR:

Richar Fonseca Pérez

Sustentado y aprobado el día 06 de diciembre de 2019, por los siguientes jurados

……

Obsta Mg. Leocadia Salas Pillaca

Presidente

……

Obsta Mg. Consuelo Dávila Torres

Secretaria

……

Obsta Dr. José Manuel Delgado Bardales

Vocal

Constancia de asesoramiento

El que suscribe Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales, por el presente documento, hace

CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado: **Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mamas) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019**, elaborado por el Bachiller en Obstetricia **Richar Fonseca Pérez**, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 06 de diciembre de 2019

……

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Richar Fonseca Pérez con DNI N° 42896440, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mamas) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019.**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 06 de diciembre del 2019.

……

Richar Fonseca Pérez
DNI N° 42896440

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: FONSECA PEREZ RICHAR	
Código de alumno : 024128	**Teléfono:**
Correo electrónico : RICHAR FONSECA PEREZ@GMAIL	**DNI:** 42896440

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de: OBSTETRICIA

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLOGICO (CUELLO UTERINO Y MAMA) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORALES FEBRERO-JULIO 2019
Año de publicación: 2019

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons,* con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **"Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA"**.

.....

Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

20 / 12 / 2019

.....

Firma del Responsable de Repossitorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios por protegerme y darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos, mi esposa, mi hijita y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera "Obstetricia", que representa la vida.

Richar

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

Al Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales asesor de la investigación por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud, en especial a los profesionales Obstetras del departamento del Servicio de Obstetricia y pacientes del Centro de Salud Morales, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y me brindaron las facilidades para la ejecución de mi tesis.

Igualmente un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

El Autor

Índice de contenido

Pág.

Dedicatoria…….. vi

Agradecimiento……... vii

Índice de Contenido…… viii

Índice de Tablas……. ix

Resumen……. x

Abstract ……. Xi

Título ……. 1

I INTRODUCCIÓN……... 1

1.1 Marco Conceptual……. 1

1.2 Antecedentes……. 4

1.3 Bases Teóricas…….. 10

1.4 Justificación…….. 26

1.5 Problema…… 27

II OBJETIVOS…… 28

2.1 Objetivo General…….. 28

2.2 Objetivos Específicos…….. 28

2.3. Hipótesis de Investigación…….. 28

2.4. Operacionalización de variables……. 29

III MATERIALES Y MÉTODOS…… 30

IV RESULTADOS…… 34

V DISCUSIÓN……. 38

VI CONCLUSIONES……... 43

VII RECOMENDACIONES…….. 44

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……. 45

IX ANEXOS…….. 51

Índice de tablas

Tabla		Pág.
1	Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, Febrero - Julio 2019	34
2	Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, Febrero - Julio 2019.	35
3	Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mamas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.	35
4	Características sociodemográficas de mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019	36
5	Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.	37

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar el nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) que tiene las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019”, la investigación fue no experimental, cuantitativo descriptivo de corte transversal, la población y muestra fue 100 mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud Morales. La técnica fue la encuesta y como instrumento el cuestionario. Resultados**,** las mujeres según características sociodemográficas presentaron un promedio de edad entre 26 – 30 años con 25,0%, respecto al grado de instrucción, predominó la educación primaria completa con 30,0%. El 40,0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de cuello uterino, el 31,0% conocimiento alto y el 29,0% bajo. El 49,0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención del cáncer de mamas, el 27,0% conocimiento bajo y el 24,0% alto. El mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico encontramos que el 13,0% de mujeres entre 26 – 30 años con nivel de conocimiento medio, 10,0% con 19 – 25 años tienen un nivel de conocimiento alto. Respecto al grado de instrucción, el 14,0% de mujeres con primaria incompleta tienen un conocimiento medio y 12,0% con primaria completa se ubican en conocimiento alto. El nivel de conocimiento global en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) que tienen las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Morales fue 43,0% con nivel de conocimiento medio, 30,0% conocimiento alto y 27,0% nivel bajo.

Palabras clave: conocimiento, prevención, cáncer ginecológico, cuello uterino, mama.

Abstract

The objective of this research was to "Determine the level of knowledge in prevention of gynecological cancer (cervix and breast) that women attended at the Morales Health Center, February - july 2019", the research was non-experimental, quantitative descriptive of cross section, population and sample was 200 women of childbearing age attending the Morales Health Center. The technique was the survey and as an instrument the questionnaire. Results, women according to sociodemographic characteristics presented an average age between 26 - 30 years with 25.0%, with respect to the degree of instruction, complete primary education prevailed with 30.0%. 40.0% of women treated at the Morales Health Center have a medium level of knowledge about cervical prevention, 31.0% high knowledge and 29.0% low. 49.0% of women treated at the Morales Health Center have a medium level of knowledge about breast cancer prevention, 27.0% low knowledge and 24.0% (24) high. The greatest knowledge in gynecological cancer prevention found that 13.0% of women between 26 - 30 years with medium level of knowledge, 10.0% with 19 - 25 years have a high level of knowledge. Regarding the degree of instruction, 14.0% of women with incomplete primary education have a medium level of knowledge and 12.0% with a full primary school are in high knowledge. The level of global knowledge in gynecological cancer prevention (cervix and breast) that women attended at the Morales Health Center was 43.0% with medium level of knowledge, 30.0% high knowledge and 27.0% low level.

Keywords: knowledge, prevention, gynecological cancer, cervix, breast.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
Dirección
CENTRO DE IDIOMAS

TITULO:

Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mamas) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual.

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos (1).

En el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud. El tamizaje seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, es una estrategia costo-efectiva de prevención. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de chicas adolescentes puede prevenir entorno a un 70% de los casos de cáncer cervicouterino (2).

En las Américas, el cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres y la segunda causa principal de muertes por cáncer en este grupo de población. Unas 400.000 mujeres fueron diagnosticadas y más de 92.000 murieron de cáncer de mama en las Américas en 2010. Si continúan las tendencias actuales, se estima que aumente un 46% en las Américas para el año 2030. Mientras que las causas del cáncer de mama siguen siendo en gran parte desconocidas, factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de cáncer de mama, la temprana edad de la menarquia y la edad al primer parto, uso de hormonas, la obesidad y el alcohol. Factores protectores incluyen la lactancia materna, la actividad física, menarquia tardía, embarazo precoz, paridad y menopausia temprana (3).

La sensibilización, la detección temprana, el diagnóstico preciso y un tratamiento apropiado son las estrategias actualmente disponibles para el cáncer de mama. Programas de tamizaje organizado basado en la mamografía han tenido un impacto en el diagnóstico precoz, y junto con un tratamiento eficaz, ha resultado a reducciones en la mortalidad por cáncer de mama en países desarrolladas. En entornos de recursos limitados, existen muchos desafíos en la implementación de tales programas de tamizaje organizado eficaz. La evidencia aún no está establecida para el uso del auto-examen y el examen clínico de mama en programas de tamizaje, aunque estas estrategias pueden ser eficaces para aumentar la conciencia, y apoyar a que las mujeres busquen atención temprana (3).

La infección por el VPH, agente causal del cáncer cervicouterino es una infección común y la mayoría de las personas la contraen en algún momento de su vida. La incidencia máxima de la infección por el VPH se presenta en la adolescencia, poco después de la iniciación de la actividad sexual, y la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente en un plazo de dos años. En las Américas, se calcula que la prevalencia de la infección por el VPH es de 15,6% en las mujeres de la población en general. Sólo una pequeña proporción de las mujeres infectadas por los tipos de VPH de alto riesgo presentan lesiones precancerosas del cuello uterino que pueden convertirse en cáncer. Esta evolución natural de la enfermedad ofrece oportunidades para la prevención en todo el ciclo de vida. En las adolescentes, la información y educación sanitarias acerca del comportamiento sexual sano, como la postergación de la iniciación sexual, un número pequeño de compañeros sexuales y el uso del condón, y la prevención del cáncer cervicouterino son fundamentales. En las mujeres adultas, los exámenes para detectar lesiones precancerosas del cuello uterino, seguidas del tratamiento de las lesiones, ha sido la manera más eficaz de detener la progresión a un cáncer invasor (4).

A pesar de la baja cobertura del tamizaje y tratamiento que presentan las regiones del Perú más afectadas por la enfermedad, la evidencia acerca de la percepción y el conocimiento que tienen las mujeres de estas áreas sobre la prevención y tratamiento del ginecológico es prácticamente inexistente. Por otro lado, el desarrollo de nuevas tecnologías para la prevención de la enfermedad basadas en el rol causal del Virus del Papiloma Humano (más conocido por su sigla en inglés como HPV) en el desarrollo del cáncer de cuello de útero hace que sea fundamental producir evidencia acerca de las percepciones de las mujeres sobre las causas del cáncer de cuello de útero y el rol del HPV.

La incorporación de nuevas tecnologías (prueba de HPV y vacuna contra el HPV) debe incluir la provisión de información culturalmente apropiada que facilite la comprensión de los niveles de efectividad y las pautas de utilización de las diferentes alternativas (4).

La planificación de estrategias de comunicación acordes a las características sociales y culturales de las mujeres requiere de la realización de investigaciones operativas que permitan identificar las barreras de acceso a los servicios de tamizaje y tratamiento y generar conocimiento sobre las percepciones de las mujeres acerca del cáncer ginecológico, sus causas y métodos de prevención y tratamiento. Es importante considerar el conocimiento de las mujeres sobre el cáncer ginecológico por la influencia que puede tener en la realización del PAP y en todo el proceso de atención (5).

De nada sirve una alta cobertura de realización de PAP si las mujeres no reciben los resultados o abandonan el tratamiento. Brindar información adecuada a través de múltiples estrategias de comunicación y educación para la salud (consejería, talleres, materiales de comunicación, etc.) no sólo aumenta la cobertura sino que también favorece las instancias de seguimiento y tratamiento (6, 7, 8).

Por lo mencionado se determina que el cáncer cervicouterino y de mama, son los dos tipos de cáncer más frecuentes entre las mujeres de la región de las Américas, ocasionando más de 400.000 casos nuevos y aproximadamente 120.000 muertes cada año. Sin embargo, muchas de estas vidas podrían ser salvadas mediante la educación, vacunación contra el VPH, estrategias de tamizaje, diagnóstico temprano y tratamiento accesible. La necesidad de expandir la prevención, el tratamiento y el control del cáncer es urgente, dada la elevada carga que suponen estas enfermedades y la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para combatirlas.

Por este motivo, es necesario determinar que tanto conocen las mujeres de la prevención del cáncer cervicouterino y mamas, que influyan a ir tempranamente a los servicios de salud y promuevan en las autoridades, líderes comunales y en las organizaciones sociales trabajar en la prevención del problema, hito importante para avanzar en la prevención y el control del cáncer cervicouterino y de mama en el país y la región San Martín.

1.2. Antecedentes:

Hernández Z, Bravo E, Águila N, Torres Y, Tay J, Martínez M. (2013), Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Cuba, estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por 51 mujeres entre 25 y 59 años de edad, con cáncer cérvico-uterino. Para la recolección de la información se revisaron las historias clínicas, tarjetas de citodiagnóstico y se aplicó una encuesta. Resultados: el 80,39% tenía algún hábito tóxico, predominó el consumo de cigarrillos con el 41,17%, el 33,33% presentó infección por virus papiloma humano, el 23,53% se practicó abortos, el 17,64% fueron instrumentados, el síntoma predominante fue dispareunia en 47,05 %, el 88,24 % de las mujeres fueron diagnosticadas en la etapa adulta, el 92,15% posee desconocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino, de ellas el 58,82 % con conocimientos regulares y el 33,33 % malos. Conclusiones: predominaron los factores de riesgo: hábitos tóxicos como tabaquismo; infecciones vaginales, práctica de abortos y dispareunia, el diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre la misma (9).

Bermeo D. (2015), en su estudio "Conocimientos y prácticas para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino que tienen las mujeres en edad de riesgo (35-65 años) que acuden a Solca de la ciudad de Esmeraldas enero - abril 2015". Se realizó un estudio descriptivo – analítico, la muestra estuvo constituida por 120 mujeres. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la encuesta. Resultados más evidentes fueron que parte de las prácticas preventivas que realiza la mujer para la detección del cáncer cervicouterino 85,84 % se efectúa una prueba de Papanicolaou así mismo el 65% de ellas lo practican cada año. El 65% de las encuestadas tratan oportunamente las ITS, sin embargo 61,66% no hacen uso del preservativo para protegerse en cada relación sexual. Además 65% utilizan para su higiene vaginal diaria agua de la llave. El 59,16% de las encuestadas son apoyadas por sus parejas económicamente para exámenes, tratamientos, medicación, no participan en el tratamiento o esperando a que sus esposas culminen del mismo. Un alto índice de las encuestadas alcanzó un nivel muy bajo y otras nada de conocimiento en cuanto al VPH, cáncer cervicouterino, factores de riesgo y sus medidas preventivas. Concluyen que existe un alto porcentaje con déficit o pobreza de conocimiento sobre estos temas situación que pudiera estar asociada a la escasa realización de prácticas para poder prevenir y detectar a tiempo esta mortal enfermedad.

De igual manera se determinó la poca participación de la pareja, considerando que más lo hacen económicamente que involucrándose en el tratamiento enviado para ambos o siendo obligadas a abandonarlo para cumplir con las necesidades del hombre en el ámbito sexual (10).

Ponce, M. (2012), en su estudio "Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires", Argentina, cuyo objetivo fue describir las opiniones de las mujeres adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) sobre el cáncer de cuello de útero y de mama, sus técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas. Se trabajó con datos primarios obtenidos en 2004 y 2005 a partir de entrevistas en profundidad. Se trató de una muestra intencional conformada por 30 mujeres de 50 a 64 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y medios que residían en CABA. Los resultados fueron: miedo al cáncer, la asociación entre el sentirse y el saberse enferma, el desconocimiento de las ventajas del Papanicolaou y la mamografía, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes, la persistencia de tabúes incorporados en la socialización y el papel desempeñado en los cuidados de familiares influyeron en la percepción de riesgo de contraer cáncer y en las prácticas preventivas. En conclusión: Aunque en la adultez parece existir un mayor conocimiento sobre el cáncer, subsisten numerosas barreras socioculturales que impiden a las mujeres permanecer en los procesos de cuidados que ayudan a evitar la enfermedad (11).

Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. (2016), en su estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena", Colombia, estudio descriptivo, con una muestra de 779 mujeres mayores de 20 años, residentes en el área rural, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados, tomando como referencia los 15 corregimientos pertenecientes al distrito y realizando, posteriormente, afijación proporcional. Se aplicó una encuesta, que contempló las variables sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama. En la evaluación del nivel de información, percepciones y aplicación del autoexamen de mama, se encontró que el 73% de las mujeres conoce cómo se realiza el autoexamen; 77,8% están totalmente de acuerdo con que es bueno realizarlo; 49% nunca se lo ha realizado y solo tres mujeres tiene una práctica adecuada.

Se concluyó que en la zona rural, a pesar que las mujeres han recibido información sobre la técnica del autoexamen, no se lo realizan de forma adecuada (12).

Ponce M. (2013), en su estudio "La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". Argentina, su propósito es reflexionar acerca de los alcances y las limitaciones de los enfoques preventivos implementados en los tres subsectores del sistema de salud y la comunidad para evitar que las mujeres se enfermen y se mueran por causa de esas enfermedades, en un contexto fragmentado del sistema de salud con fuertes heterogeneidades en el acceso y agudas desigualdades sociales en el ejercicio de la prevención. La investigación parte de una definición amplia de prevención, que integra la educación, la concientización y la detección temprana de lesiones precancerosas y de cáncer, entre otros componentes médicos y no médicos. Los resultados obtenidos a partir de entrevistas semiestructuradas a referentes de hospitales públicos, obras sociales, empresas de medicina privada y organizaciones sociales que trabajan en el tema del cáncer muestran que, en contraposición a un abordaje integral. En conclusión, cada institución recorta su accionar en torno a un eje de la prevención, y predominan respuestas aisladas y desarticuladas que no alcanzan a generar en las mujeres una demanda por cuidados y asistencia de manera autónoma e informada (13).

De la Rosa J, Alcívar M, Acosta M, Vila M, Caballero G. (2017), en su estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena" Colombia, estudio cuanti-cualitativo y transversal, con enfoque descriptivo, en el sub-centro Las Palmas de la ciudad de Esmeraldas. Como técnicas de recolección de los datos se utilizó la encuesta, un test de conocimiento y la observación del autoexamen de mama. La población estuvo constituida por 65 mujeres, en el grupo etario de 35 a 50 años. Resultados: el 57.0% no tiene conocimiento del autoexamen de mama; se evidenció que sobre el conocimiento de los síntomas de alarma del cáncer de mama, el más conocido fue la aparición de tumoraciones en mamas y axilas y el menos conocido fue el dolor a la palpación; al determinar las fuentes de conocimientos utilizados, el 54% señala que los obtuvo de Internet y solo el 11% lo obtuvo por personal de salud; al observar la realización del autoexamen de mama se comprobó que en su totalidad presentaron desconocimiento, teniendo dificultades en los pasos del mismo y mostraron inseguridad en su ejecución. El 77% de las encuestadas no realizan el autoexamen de mama.

En conclusión, la población estudiada no demostró conocimiento en cuanto a la realización del autoexamen de mama y casi un tercio de la población no lo practica (14).

Macedo Y. (2012), en su estudio "Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención secundaria del cáncer de cuello uterino y mama en los estudiantes de enfermería de la universidad nacional del altiplano, 2012", Puno Perú, el estudio fue de tipo descriptivo – transversal, la población estuvo constituida por estudiantes del I a VIII semestre, se utilizó como instrumento un cuestionario y para el análisis de resultados estadística descriptiva porcentual. Los resultados fueron: El 30% de estudiantes de enfermería presentan un nivel de conocimiento bueno, 53% un nivel regular y 18% un nivel deficiente sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Un 34% conocimiento bueno, 45% regular y 20% deficiente sobre factores de riesgo de cáncer de mama. Los factores de riesgo de cáncer de cuello uterino que conocen los estudiantes de enfermería son: con 63% infección con VIH, 42% bajo nivel socioeconómico, 38% las ITS y con 36% la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH). Los factores menos conocidos son: mantener relaciones sexuales con múltiples compañeros con 79%, el tabaquismo 71% y el inicio sexual precoz con 66% de desconocimiento. Los factores de riesgo de cáncer de mama que conocen los estudiantes de enfermería son: con 86% antecedente familiar directo de cáncer de mama, seguido del uso prolongado de hormonas durante la pre y pos menopausia 68%, y el 67% edad mayor de 40 años. Los factores menos conocidos son la Nuliparidad con 68% de desconocimiento, la Menopausia tardía con 71% y el Alcoholismo con 77% de desconocimiento. En conclusión, el nivel de conocimientos sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino es: 46% con un nivel de conocimiento bueno, 38% medio y 17% un nivel deficiente. Sobre cáncer de mama el 48% presenta conocimiento bueno, 42% regular y 10% deficiente. El nivel de conocimientos sobre la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino indica que el 39% conocen sobre el examen de Papanicolaou y un 61% lo desconocen, para prevención secundaria de cáncer de mama, conocen el autoexamen de mamas un 61% y lo desconocen un 39% (15).

Acevedo S. (2010), en su estudio "Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2009", Lima – Perú. cuyo objetivo fue Determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de Cérvix y de mama en los estudiantes de Enfermería.

con el propósito de crear estrategias de aprendizaje que enfaticen el conocimiento de los alumnos sobre estos temas a fin de afianzar el rol preventivo promocional sobre el cáncer. Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal, como técnica utilizó la entrevista y como instrumento de recolección de datos un cuestionario, el cual fue aplicado a una muestra de 182 estudiantes de enfermería, concluyendo que el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería de la UNMSM sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de Cérvix y de mama en su mayoría es Medio (16).

Hernández, R. (2012), en su estudio, "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". Lima-Perú, estudio descriptivo comparativo; realizó 97 encuestas. Encontró que el mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix invasivo tiene educación secundaria completa y además un buen porcentaje de educación superior, aunque la ocupación "su casa" predomina mayoritariamente lo que inclina a deducir – según manifestaron que existen otros factores diferentes al socio cultural que predispone más en la enfermedad. Considero que el lugar de nacimiento y procedencia es importante para el conocimiento epidemiológico de las enfermedades, que mayoritariamente los casos son de la ciudad de Lima (17).

Bellido J. (2014), en su estudio "Conocimientos adquiridos durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Año 2014", Lima Perú, estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, prospectivo de corte transversal. Se trabajó con una población constituida por 63 estudiantes que empezaron el internado de obstetricia y 72 estudiantes que culminaron el año de internado de obstetricia de UNMSM en el año 2014. Resultados: el 53% de la población estudiada corresponde a estudiantes que iniciaron el año de internado y el 47% a estudiantes que culminaron el año de internado en el 2014. El nivel de conocimientos en general sobre la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en el grupo de estudiantes de obstetricia (entre internos y egresados) es "Medio" en el 51.1%, "Bajo" en el 24.4% y "Alto" en el 24.4%. El nivel de conocimiento en global según población de estudio sobre prevención secundaria fue "Medio" en el 49.2% de los estudiantes que inicia el internado y en el 52.8% de estudiantes que culmina el internado.

asimismo, se evidencia un conocimiento “Alto” en estudiantes que inician el internado solo en el 19% aumentando el porcentaje en un 10.2% respecto al grupo de estudiantes que culmina (29.2%). En lo que concierne a la prueba de Papanicolaou, el 74.6% del grupo que inicia el internado y el 70.8% del grupo que culmina el internado tiene un conocimiento “Medio”, disminuyendo el nivel en un 3.8%. Para el conocimiento sobre la prueba de la inspección visual con ácido acético, el 66.7% de estudiantes que inicia el internado y el 61.1% de estudiantes que culmina el internado tienen un conocimiento “Medio”. Asimismo el 15.9% de estudiantes que inicia el quinto año posee un conocimiento “Alto” comparado con el 31.9% de estudiantes que alcanzó el mismo nivel, evidenciándose un incremento del conocimiento en un 16% en el segundo grupo. Respecto al examen de Colposcopía, el 71. 4% del grupo que inicia el internado y el 69.4% del grupo que finaliza el internado alcanza un conocimiento “Medio”, disminuyendo el porcentaje en 2% para el nivel de sapiencia medio en el segundo grupo. Por último, para la prueba de ADN para detectar el virus de papiloma humano, el 50.8% de estudiantes que inician el internado tiene un nivel de conocimiento “Medio” comparado con el 47.2% de estudiantes que culminaron el internado. De la misma forma, se observa el conocimiento “Alto” en el grupo de estudiantes que inicia el quinto año en un 4.8% y en el grupo de estudiantes que culmina el quinto año en un 15.3%, aumentando el porcentaje en 10.5% para el nivel de sapiencia alto en el segundo grupo. En conclusión el nivel de conocimientos adquirido durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en los estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia fue “Medio” (Inicio de internado: 49.2%; Término de internado: 52.8%), aumentando en un 3.6% (18).

Aponte-Salazar M, Mestanza – Torres A, Velásquez Tavara J, Farro-Peña J. (2010), en su estudio “Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad Lima – Perú, 2010”, cuyo objetivo fue: identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y las características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Virgen de Fátima – Chorrillos; estudio realizado entre los meses de mayo y junio del año 2009, estudio descriptivo de corte transversal; utilizó un cuestionario validado aplicado a 85 mujeres, individualmente, en un tiempo de 30 minutos considerando los principios éticos. Como resultados: los conocimientos obtenidos sobre cáncer de mama fueron: nivel de conocimiento medio (90,6%) y un nivel de conocimiento alto y bajo (4,7%), considerando

las dimensiones; el 45,9% tuvo conocimiento medio sobre definición, conceptos y factores predisponentes, el 40,0% acerca de prevención y el 82,3% del autoexamen de mama.
En cuanto a conocimiento bajo se obtuvo un 48,2% sobre signos y síntomas y un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento. En relación con las características sociodemográficas, se encontró que el 87,1% tiene entre 20 y 49 años de edad; el 48,2% es soltera; el 48,3% tiene secundaria completa o superior; el 58,8% procede de la región costa y el 88,2% tiene por lo menos un hijo, entre ellas, el 49,3% lo tuvo antes de los 18 años y el 82,9% refiere no tener antecedentes familiares de cáncer de mama. En conclusión: el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama es aceptable; sin embargo, se muestra un nivel bajo en el reconocimiento de sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento (19).

Agreda L, Domínguez E. (2014), en su estudio "significados, vivencias y vínculo con el proceso de adaptación y sentido de vida de las mujeres con cáncer cérvico-uterino en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, diciembre 2013 – febrero 2014." San Martín – Perú, estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, basado en la teoría de Varmus Harold E. Instituto Nacional de Cáncer, el instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. Como resultados tuvo: que la mayoría de los casos se presentaron en mujeres de 35 a más años de edad, con educación secundaria completa y procedentes de zona urbana, iniciaron sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, tuvieron más de 2 parejas sexuales. Las mujeres viven experiencias múltiples al verse enfrentadas al Cáncer Cérvico-uterino, siendo la dificultad económica frecuente para solventar los gastos en su tratamiento, y se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su estado emocional, con su vida familiar. En conclusión las mujeres al recibir su diagnóstico les generó miedo, desesperación, incredulidad y la necesidad de apoyo emocional; pero luego aceptaron la enfermedad mejorando el auto concepto de sí misma lo que le permitió lograr adaptarse progresivamente a su situación actual, tiene un significado máximo la adhesión familiar y la pareja, que genera una motivación especial en la evolución de la enfermedad; su apoyo, da un soporte para afrontar la enfermedad y sus consecuencias (20).

1.3. Bases teóricas

Conocimiento

Gnoseología, teoría del conocimiento y Gnosis: conocimiento. Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los

objetivos, facultad con la que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberes sobre un tema o sobre una ciencia (21).

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.). A medida que crece el conocimiento se da 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 (22). Es el proceso activo en el cual interviene el pensamiento, la voluntad, a fin de lograr una respuesta al individuo, especialmente consiste en los cambios de conducta obtenidos para la experiencia que permite encarnar situaciones futuras en futuras en forma diferente, el conocimiento es necesario para tener conciencia de algo (23).

Teoría del conocimiento

El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. El Conocimiento Científico es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema (24). Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquiera del conocimiento científico son fundamentados en la realidad y en las investigaciones.

- **Conocimiento Común**, es el que se adquiere de manera cotidiana, sin una planeación y sin la utilización de instrumentos especialmente diseñados.
- **Conocimiento Científico**, es un conocimiento que exige mayor rigor, que trata de encontrar las regularidades en los conocimientos para explicarlos, conocerlos y predecirlos.
- **Conocimiento Empírico**, Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que

les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos (24).

Nivel de Conocimiento

Es el conjunto de conocimientos adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa de una persona, logrados por la interacción de los aspectos sociales, intelectuales y experimentales en la actividad práctica de la vida con los que sus conceptos y su saber determinan el cambio de conductas frente a ello, teniendo como base el conocimiento del mundo objetivo. Este proceso se puede dar con algunas diferencias y grados de complejidad, según el propósito y material que intervenga, por juicio en relación con criterios externos. Una obra se puede comparar con los mejores trabajos de su especie según el propósito de guía del acto de valorar (25).

El conocimiento puede ser medido por niveles de lo que se establece el conocimiento alto, medio y bajo.

Conocimiento Alto: denominado también optimo porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión acertada y fundamentada además hay una corrección profunda en las ideas básicas del tema o materia.

Conocimiento Medio: llamado también mediamente logrado, hay una interacción parcial de ideas manifestadas, conceptos básicos y emite logros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas básicas de un tema o materia.

Conocimiento Bajo: considerado como pésimo pero hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos, ni adecuados, acerca del fundamento lógico (25).

Promoción de la Salud

La promoción de la salud en 1986 según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (26).

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más "saludablemente", alcanzando mayor bienestar con equidad social.

Generalidades del Cáncer de Cuello Uterino

El Ministerio de Salud a través del programa de atención integral de la mujer ha creado el subprograma de detección oportuna del cáncer cérvico uterino como una estrategia mediante la cual se impulsarían las acciones de información, educación y comunicación al servicio para la prevención y/o detección temprana del cáncer de cérvix. Como estrategia principal del programa, se promueve la prueba del Papanicolaou que puede salvarle la vida si se realiza periódicamente; sin embargo no ha alcanzado aún los niveles de aceptación y cobertura deseados a pesar de todo el esfuerzo para proveerlo en todos los establecimientos de salud (27).

El cáncer cérvico-uterino es una patología que en los últimos años ha registrado incrementos en los casos causando la morbimortalidad en las mujeres en nuestro país. La gran mayoría de los casos de cáncer cervical son causados por el virus del papiloma humano (VPH) un agente de transmisión sexual que infecta las células del cérvix y lentamente produce cambios celulares que pueden derivar en un cáncer (28).

En el mundo según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año enferman de cáncer de cuello uterino 500.000 mujeres. De ellas el 80% pertenece a países en vías de desarrollo. Esto se debe a que la mortalidad por esta enfermedad es patrimonio casi absoluto de mujeres de bajos recursos (29).

Para el año de 2012 fue estimada la ocurrencia de 529.828 casos nuevos y 275.128 muertes en el mundo de los cuales 85% y 88% respectivamente en los países en desarrollo, en los cuales la tasa de incidencia por Cancer de cuello uterino (CACU) es de 17,8 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 9,8 por 100.000 mujeres. El riesgo de una mujer de sufrir esa neoplasia antes de los 75 años es de 1,87%, y el de morir es de 1,10%. En las regiones en desarrollo el CACU representa 13% de todos los casos nuevos de cáncer de causa ginecológica, aproximadamente 17,54% de todos los casos nuevos de cáncer en mujeres y el 11,4% de muertes de mujeres asociadas al cáncer (30).

En el Perú el cáncer cérvico-uterino constituye la principal, causa de muerte; la manera como el CACU afecta las mujeres puede ser observada en las diferencias de las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad, así como en las oportunidades de tratamiento y sobrevivida para las mujeres con ese diagnóstico en las diferentes regiones. La Organización Mundial de Salud (OMS) reconoce que es necesario mejorar los programas de detección y tratamiento del CACU (31).

Un promedio de 4 mil 500 casos nuevos de cáncer de mama son diagnosticados anualmente en el Perú; y de ese total, alrededor de mil 500 mujeres fallecen como consecuencia de dicha enfermedad en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). La totalidad de casos que se presentan anualmente en el país, aproximadamente 24 mil corresponden a la población femenina, siendo 13 mil las peruanas fallecidas por esta causa. El cáncer de mama es el más frecuente en Lima Metropolitana. Frente a este panorama epidemiológico, es importante promover el autoexamen de la mama a partir de los 20 años, la mamografía a partir de los 40 años; y las mujeres que tienen familiares directos con antecedentes de este tipo de neoplasia, tienen que hacerse los chequeos médicos preventivos entre los 20 y 30 años así como también buscar la consejería genética (32).

Entre los factores de riesgos que se destacan para cáncer de mamá y cérvix tenemos: consumo de tabaco, consumo de alcohol, uso de estrógenos exógenos, obesidad, etc. Al analizarse los cánceres por localización topográfica y sexo, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14.9%) seguido del cáncer de estómago (11.1%) y el cáncer de mama (10.3%). En el sexo femenino predominaron el cáncer de cérvix (24.1%), el cáncer de mama (16.6%) y el cáncer de estómago (8.6%). En casi todos los departamentos de la selva, el cáncer de cérvix constituye el cáncer más frecuente. El cáncer de mama constituye el segundo o tercer cáncer más frecuente con excepción de Madre de Dios en donde el cáncer de mama es desplazado por los de piel y del sistema hematológico (33).

Para el período 2006-2011, el 5.6% de los casos de cáncer de cérvix notificados (922/16 374), el 0.4% de los cánceres de mama (49/11 340) y el 0.2% de los cánceres de próstata (15/6359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección o tamizaje. Es posible que dichos valores presenten algún grado de subregistro; sin embargo, este no debería ser significativo.

Esto evidencia la necesidad de fortalecer la detección precoz mediante el tamizaje lo que debería de tener impacto en el diagnóstico temprano y por ende en la reducción de la mortalidad por estos tres tipos de cáncer. Para el caso del cáncer de cérvix se ha evidenciado una tendencia ascendente del diagnóstico por tamizaje pasando de 3.7% el año 2006 a 6.8% el año 2011.

Los tipos de cáncer con mayor carga fueron los de estómago, del sistema hematológico y de cérvix. Aunque estos tres tipos de cáncer tienen como componente principal los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), este es notablemente más importante en el cáncer de estómago; mientras que, los cánceres de cérvix y de mama cuentan también con un importante componente atribuible a la discapacidad (AVD).

Sin embargo en la Promoción y Prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) aún quedan retos como promover la adopción de estilos de vida saludables por parte de la población, para lo cual, es importante la incorporación de contenidos vinculados a la prevención de las enfermedades no transmisibles desde el ministerio de salud y las escuelas públicas. Así mismo se debe mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población para la detección precoz de los cánceres que cuentan con estrategias de tamizaje. Estas actividades deben individualizarse en función los contextos culturales y étnicos de cada población. También hay que incorporar la prueba del VPH como método de tamizaje para cáncer cervicouterino la cual está sustentada por la evidencia y la experiencia en otros países. Incrementar la cobertura y calidad del tamizaje del cáncer cervicouterino mediante IVAA y citología cervical debido a la importancia de este cáncer en países como el nuestro. También es importante contar con un registro nacional de citología que permita conocer la prevalencia de infección por el VPH en las mujeres a nivel nacional. Esto sumado al incremento de la cobertura de la vacunación contra el VPH. Fortalecer el tamizaje de los cánceres en función de su distribución por grupos de edad, sexo, distribución departamental de la mortalidad y la evidencia disponible, particularmente para el cáncer de mama (33).

El cáncer de cuello uterino

El cuello uterino es el extremo inferior, estrecho del útero (el órgano hueco, en forma de pera donde se desarrolla el feto). El cuello uterino comunica el útero con la vagina (canal del parto). El cáncer de cuello uterino, por lo general, evoluciona lentamente con el paso del tiempo.

Antes de que el cáncer aparezca en el cuello uterino, sus células pasan por cambios llamados displasias, en los que empiezan a aparecer células anormales en el tejido del cuello uterino. Con el tiempo, las células anormales se pueden convertir en células cancerosas y comenzar a crecer y diseminarse más profundamente en el cuello uterino y las áreas cercanas (34).

El cáncer de cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal. El cáncer del cuello uterino conlleva paulatinamente a la muerte de la persona que lo padece (35).

El cérvix uterino es una zona donde con frecuencia se desarrollan cambios que evolucionan a la malignidad, su gran accesibilidad en términos de diagnóstico y tratamiento lo ha llevado a ser considerado de gran importancia en la patología gineco-obstétrica, en lo que a estudio celular y tisular se refiere (36). Las posibilidades para reducir el número de defunciones por neoplasias malignas del cuello uterino son la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno con el consiguiente conocimiento acerca de la enfermedad y pautas para el tratamiento teniendo en cuenta los aspectos éticos y una buena relación médico – paciente (37).

Infección por el virus del papiloma humano (VPH) (*principal factor de riesgo del cáncer de cuello uterino*).

Cualquier cosa que aumenta el riesgo de contraer una enfermedad se llama factor de riesgo. Tener un factor de riesgo no significa que se va a padecer de cáncer; no tener un factor de riesgo no significa que no se va a padecer de cáncer. La persona que piensa que puede estar en riesgo debe consultar. La infección del cuello uterino por el virus papiloma humano (VPH) o papiloma virus humano es casi siempre la causa de cáncer de cuello uterino.

No obstante, no todas las mujeres con infección por el VPH padecerán de cáncer de cuello uterino. Las mujeres que generalmente no se someten a pruebas para detectar el VPH o células anormales en el cuello uterino tienen mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino. Hay dos vacunas para prevenir el VPH en las niñas y jóvenes sin VPH.

Otros factores de riesgo posibles incluyen los siguientes: Dar a luz a muchos hijos; Tener muchas parejas sexuales; Mantener la primera relación sexual a una edad temprana; Fumar cigarrillos y Usar píldoras anticonceptivas orales ("la píldora") (34).

Por lo general no se presentan signos o síntomas de cáncer de cuello uterino temprano, pero puede detectarse a tiempo con exámenes regulares.

Es posible que el cáncer de cuello uterino no cause signos o síntomas. Las mujeres deben someterse a exámenes regulares como pruebas para identificar el VPH o células anormales en el cuello uterino. El pronóstico (posibilidad de recuperación) es mejor cuando el cáncer se encuentra temprano.

Entre los signos y síntomas de cáncer de cuello uterino están el sangrado vaginal y dolor pélvico. Estos y otros signos y síntomas pueden ser debidos al cáncer de cuello uterino o por otras afecciones. Consultar con su médico si presenta cualquiera de los siguientes asuntos: Sangrado vaginal (incluido el sangrado después de una relación sexual); Flujo vaginal inusual; Dolor pélvico; Dolor durante las relaciones sexuales.

Para detectar (encontrar) y diagnosticar el cáncer de cuello uterino, se utilizan pruebas que examinan el cuello uterino.

Se pueden utilizar los siguientes procedimientos:

- **Examen físico y antecedentes**: examen del cuerpo para revisar el estado general de salud, como identificar cualquier signo de enfermedad, como nódulos o cualquier otra cosa que parezca inusual. También se toman datos sobre los hábitos de salud del paciente, así como los antecedentes de enfermedades y los tratamientos aplicados en cada caso.
- **Examen pélvico**: examen de la vagina, el cuello uterino, útero, las trompas de Falopio, los ovarios y el recto. El proveedor introduce uno o dos dedos cubiertos con guantes lubricados en la vagina, mientras que con la otra mano ejerce una ligera presión sobre la parte inferior del abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y los ovarios.

  También se introduce un espéculo en la vagina y el médico o el enfermero observan la vagina y cuello uterino para detectar signos de enfermedad. Habitualmente se lleva a cabo una prueba de Papanicolaou del cuello uterino.

  El proveedor también introduce un dedo enguantado y lubricado en el recto para palpar masas o áreas anormales.

- **Prueba de Pap**: procedimiento para recoger células de la superficie del cuello uterino y la vagina. Se utiliza un trozo de algodón, un cepillo o una paleta de madera para raspar suavemente las células del cuello uterino y la vagina. Las células se examinan bajo un microscopio para determinar si son anormales. Este procedimiento también se llama prueba PAP.
- **Prueba del VPH**: prueba de laboratorio en la que se analiza el ADN o el ARN para determinar si hay ciertos tipos de infección por el VPH. Se extraen células del cuello uterino y del ADN o ARN y se revisan para ver si la causa de la infección es algún tipo de VPH que está relacionado con el cáncer de cuello uterino. Esta prueba se puede llevar a cabo con el uso de las muestras de células que se extraen durante una prueba de Pap. Esta prueba también se hace si los resultados de la prueba de Pap muestran ciertas células anormales en el cuello uterino.
- **Legrado endocervical**: procedimiento para el que se recogen células o tejidos del canal del cuello uterino mediante una cureta (instrumento en forma de cuchara con un borde cortante). Se pueden extraer muestras de tejido y observarlas bajo un microscopio para determinar si hay signos de cáncer. Algunas veces, este procedimiento se lleva a cabo al mismo tiempo que la colposcopia.
- **Colposcopia**: procedimiento mediante el cual se usa un colposcopio (un instrumento con aumento y luz) para determinar si hay áreas anormales en la vagina o el cuello uterino. Se pueden extraer muestras de tejido con una cureta (una herramienta en forma de cuchara con un borde cortante) para observarlas bajo un microscopio y determinar si hay signos de enfermedad.
- **Biopsia**: si se encuentran células anormales en una prueba de Pap, el médico puede realizar una biopsia. Se corta una muestra de tejido del cuello uterino para que un patólogo la observe bajo un microscopio y determine si hay signos de cáncer. Una biopsia en la que solo se extrae una pequeña cantidad de tejido se realiza generalmente en el consultorio del médico.

  Puede ser necesario que la mujer vaya a un hospital para que se le practique una biopsia de cono cervical (extracción de una muestra más grande de tejido cervical, en forma de cono) (34).

Prevención del Cáncer de Cuello Uterino

Comprende:

- Evitar la infección por el VPH.

- Exámenes de detección: análisis ginecológico y pruebas de detección citológicas
- Tabaquismo.
- Conducta reproductiva.

Evitar la infección por el virus del papiloma humano

Sobre la base de pruebas, las siguientes medidas son eficaces para evitar la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y, por lo tanto, el cáncer de cuello uterino:

- **Abstinencia sexual:** la abstinencia previene la infección por el VPH.
- **Barrera de protección o gelatina espermicida durante el coito;** Magnitud del efecto: el uso absoluto de una barrera de protección disminuye la incidencia de cáncer, riesgo relativo de 0,4 (intervalo de confianza [IC] 95%, 0,2–0,9).
- **Vacuna:** Sobre la base de pruebas razonables, la vacuna contra el VPH-16 y el VPH-18 es eficaz para evitar la infección y por tanto el cáncer de cuello uterino. Magnitud de los efectos: las vacunas contra el VPH-16 y el VPH-18 reducen los casos e infecciones persistentes con una eficacia de 91,6% (IC 95%, 64,5–98,0) y 100% (IC 95%, 45–100), respectivamente. Se desconoce el grado de eficacia más allá de 6 a 8 años.
- **Exámenes de detección** mediante análisis ginecológicos y pruebas de detección citológicas sobre la base de pruebas sólidas, los exámenes de detección mediante análisis ginecológicos rutinarios y pruebas citológicas (frotis de Papanicolaou [Pap]) junto al tratamiento de anomalías precancerosas disminuyen la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino. Los exámenes de detección no son beneficiosos para detectar el cáncer invasivo en mujeres menores de 25 años debido a la prevalencia baja de enfermedad invasiva, y los perjuicios son mayores que los beneficios. Los exámenes de detección no benefician a las mujeres mayores de 60 años si cuentan con antecedentes de pruebas negativas recientes. Magnitud del efecto: cálculos de los estudios demográficos indican que los exámenes de detección pueden disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en más de 80%.
- **Tabaquismo, s**obre la base de pruebas fehacientes, el fumar cigarrillos, de forma activa o pasiva, aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Magnitud del efecto: entre las mujeres infectadas por el VPH, tanto las fumadoras presentes como quienes fumaban antes tienen aproximadamente de dos a tres veces la incidencia de una neoplasia intraepitelial de cuello uterino de grado alto o cáncer invasivo. El fumar pasivamente también se vincula al aumento del riesgo, pero en menor grado.

- **Conducta reproductiva,** como el n**úmero elevado de partos, s**obre la base de pruebas sólidas, el número elevado de partos está relacionado con un aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino. Magnitud del efecto: entre las mujeres infectadas por el VPH, aquellas que han tenido siete o más embarazos a término corren aproximadamente cuatro veces más el riesgo de presentar cáncer de células escamosas en comparación con las mujeres de nuliparidad, y dos o tres veces el riesgo de mujeres que han tenido uno o dos embarazos a término (38).
- **Uso de anticonceptivos orales a largo plazo, s**obre la base de pruebas, el uso de anticonceptivos orales a largo plazo se relaciona con un aumento en el riesgo de cáncer de cuello uterino. Magnitud del efecto: entre las mujeres infectadas por el VPH, aquellas que usaron anticonceptivos de 5 a 9 años presentaron aproximadamente el triple de incidencia de cáncer invasivo, aquellas que lo usaron por diez años o más, tienen un riesgo aproximadamente cuatro veces mayor (39).

Cáncer de mama

Es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario con posibilidad de diseminarse a otros sitios del organismo (metástasis). Es una neoplasia que se puede detectar en etapa muy inicial, mucho antes de poder palparse, con tasas de curación y preservación del seno muy altas. El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer avanza, los síntomas pueden incluir: Bultos en las mamas o axilas, de borde irregular y que generalmente no duelen; cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón, por ejm. Se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que parece cascara de naranja; o secreción de líquido proveniente del pezón, que puede ser sanguinolento, de claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus. Los hombres también pueden padecer cáncer de mama y los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas (40)

Causas

Muchos factores de riesgo pueden aumentar las probabilidades de llegar a tener cáncer de seno, pero todavía no se sabe exactamente cómo es que algunos de estos factores de riesgo causan que las células se vuelvan cancerosas:

- Las hormonas parecen desempañar un papel importante en muchos casos del cáncer de seno, aunque no se conoce totalmente cómo esto ocurre.

- Algunos genes controlan cuándo nuestras células crecen, se dividen en nuevas células y mueren. A los genes que aceleran la división de las células se les denomina oncogenes. Otros, que desaceleran la división celular o causan que las células mueran en el momento oportuno, se llaman genes supresores de tumores. Ciertos cambios (mutaciones) en el ADN que "activan" los oncogenes o "desactivan" los genes supresores de tumores pueden causar que las células normales del seno se vuelvan cancerosas. Por ejemplo, los genes BRCA (BRCA1 y BRCA2) son genes supresores de tumores. Una mutación en uno de estos genes puede heredarse de uno de los padres. Cuando uno de estos genes está mutado, ya no suprime el crecimiento anormal, y es más probable que se origine el cáncer.
- La mayoría de las mutaciones del ADN relacionadas con el cáncer de seno ocurre en el transcurso de la vida de una mujer, en lugar de ser heredadas y pueden ser el resultado de otros factores, tal como radiaciones o de sustancias químicas que causan cáncer.

Factores de riesgo

- Ser mujer mayor de 50 años
- Tener familiares directos con cáncer de mama
- Menarquia antes de los 12 años
- Menopausia después de los 55 años
- Consumo de alcohol
- No haber tenido hijos o haber tenido hijos después de los 30 años
- Haber recibido hormonoterapia
- Obesidad
- Genes: Algunas personas tienen mutaciones genéticas que las hacen más propensas a enfermarse de cáncer de mama. Los defectos en genes más comunes se encuentran en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos genes normalmente producen proteínas que lo protegen a uno del cáncer.

  Si uno de los padres le transmite a usted un gen defectuoso, tendrá un mayor riesgo de presentar cáncer de mama. Las mujeres con uno de estos defectos tienen hasta un 80% de probabilidades de padecer cáncer de mama en algún momento durante su vida (40).

Pruebas y diagnóstico

Las pruebas más habituales para sospechar de cáncer de mama, son: la mamografía, si esta no resultase normal, se necesitarán estudios complementarios, como: análisis de sangre, ecografía mamaria, tomografía, biopsia.

Prevención

- Realizarse periódicamente un autoexamen de mamas.
- Si es mayor de 45 años, realizarse una mamografía anualmente o como se lo indique su médico.
- Realice ejercicio físico
- Mantenga una dieta saludable
- ¿Cuándo buscar un especialista? (signos de alarma). Acuda al médico si presenta alguno de los siguientes síntomas:
    - Tumor o nódulo palpable en la mama
    - Cambios en la piel de la mama
    - Retracción del pezón
    - Cambios en el pezón
    - Secreción inusual de los pezones
    - Nódulos o masa palpable en las axilas (40).

Prevención del cáncer de seno (mama)

La prevención del cáncer consiste en las medidas que se toman para reducir la probabilidad de presentar esta enfermedad. Con la prevención del cáncer, se reduce el número de casos nuevos en un grupo o población. Se espera que esto reduzca el número de muertes causadas por el cáncer. Para prevenir el inicio de cánceres nuevos, los científicos analizan los factores de riesgo y los factores de protección. Cualquier cosa que aumenta su riesgo de cáncer se llama factor de riesgo de cáncer; cualquier cosa que disminuye su riesgo de cáncer se llama factor de protección de cáncer.

Algunos factores de riesgo de cáncer se pueden evitar, pero muchos otros no. Por ejemplo, tanto fumar como ciertos genes hereditarios son factores de riesgo de algunos tipos de cáncer, pero solo se puede evitar fumar. El ejercicio regular y una alimentación saludable pueden ser factores de protección para algunos tipos de cáncer. Evitar los factores de riesgo

y aumentar los factores de protección puede reducir su riesgo, pero esto no significa que no se enfermará de cáncer.

Las siguientes son las diferentes formas de prevenir el cáncer que están en estudio: Cambiar el estilo de vida o los hábitos de alimentación; evitar las cosas que se sabe que causan cáncer; y tomar medicinas para tratar una afección precancerosa o para evitar que se presente cáncer (41).

Control del cáncer de mama

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. La sensibilización del público en general sobre el problema del cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años. Es preciso que esos países implementen estrategias combinadas que aborden estos dos problemas de salud pública de manera eficaz y eficiente (42).

Prevención del Cáncer de mama

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo (42).

Detección precoz

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (42).

Hay dos métodos de detección precoz:

- El diagnóstico precoz o el conocimiento de los primeros signos y síntomas en la población sintomática, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento temprano, y
- El cribado, es decir, la aplicación sistemática de pruebas de tamizaje en una población aparentemente asintomática. Su objetivo es detectar a las personas que presenten anomalías indicativas de cáncer.
- Un programa de cribado es una empresa mucho más compleja que un programa de diagnóstico precoz. (OMS, 2007). Independientemente del método de detección precoz utilizado, dos aspectos esenciales para el éxito de la detección precoz poblacional son una atenta planificación y un programa bien organizado y sostenible que se focalice en el grupo de población adecuado y garantice la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el continuum asistencial. La selección como objetivo de grupos de edad inadecuados, por ejemplo mujeres jóvenes con bajo riesgo de cáncer de mama, puede traducirse en una disminución del número de cánceres detectados por mujer sometida a cribado, y reducir así la costo eficacia de la medida. Además, esa focalización en las mujeres más jóvenes obligaría a analizar más tumores benignos y provocaría una sobrecarga innecesaria de los servicios de salud, por los recursos diagnósticos adicionales que entrañaría (42).

- **Diagnóstico precoz,** el diagnóstico temprano sigue siendo una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Algunos datos sugieren que esta estrategia puede dar lugar a un "descenso del estadio TNM" (aumento de la proporción de cánceres de mama detectados en una fase temprana) de la enfermedad, que la haría más vulnerable al tratamiento curativo (42).

    - Mamografías de cribado, la mamografía es el único método de cribado que se ha revelado eficaz. Si su cobertura supera el 70%, esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos (IARC, 2008). El tamizaje basado en esta técnica es muy complejo y absorbe muchos recursos, y no se ha hecho ninguna investigación sobre su eficacia en los entornos con recursos escasos.

    - Autoexploración mamaria, no hay datos acerca del efecto del cribado mediante autoexploración mamaria. Sin embargo, se ha observado que esta práctica

empodera a las mujeres, que se responsabilizan así de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado (42).

Entre los términos a ser considerados podemos mencionar:

- **Cáncer de cuello uterino:** el cáncer de cuello uterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cáncer de cuello uterino empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales. Una citología con tinción de Papanicolaou generalmente encontrará estas células pre-malignas. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes (34).

- **Cáncer de mama: e**l cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal—la más frecuente que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna (40).

- **Factores de riesgo:** Son aquellas circunstancias modificables o no modificables tales como la edad, genética, hábitos sexuales y personales que asociados a determinadas situaciones aumentan las probabilidades de padecer de cáncer de útero o de mama (33).

- **Nivel de Conocimiento:** el conocimiento preestablecido ya sea alto, medio o bajo que tengan los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano acerca de los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer uterino y de mama (25).

- **Prevención primaria,** el objetivo de la prevención primaria procura que la enfermedad no ocurra o que el traumatismo no se produzca. Como ejemplos pueden citarse las vacunaciones, la reducción de los peligros domiciliarios o en nuestro la identificación y reconocimiento de los factores de riesgo. La meta de los programas de prevención primaria consiste en llegar a la mayor cantidad posibles de grupos de población que corren o podrían correr el riesgo de sufrir un problema de salud determinados (43).

- **Prevención secundaria:** Son las acciones destinadas a la detección y la intervención precoz frente al cáncer de útero y de mama antes de que estos se hayan desarrollado por completo, específicamente se refiere al Papanicolaou y al auto examen de mamas (43).

1.4. Justificación

El estudio es relevante porque busca determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer ginecológico (cuello uterino y mama), con el propósito de prevenirlo, a través de un conjunto de acciones destinadas a reducir esta posibilidad, ya que al evitar el cáncer, el número de casos nuevos disminuye en una población, ya que son principalmente las mujeres el grupo afectado y por ende se espera que esto reduzca el número de muertes que causa el cáncer ginecológico.

Además el estudio permitirá evitar que se formen cánceres nuevos, ya que al analizar el conocimiento ellas pueden prevenir, y pueden determinar el hecho que aumente la posibilidad de enfermar de cáncer; o indirectamente identificar cualquier acción que disminuya la posibilidad de enfermar de cáncer llamado factor de protección.

El estudio es conveniente porque permite conocer y establecer estrategias oportunas y efectivas para reducir las lesiones precancerosa del cuello uterino y evitar que las mujeres en edad fértil lleguen a tener la enfermedad a través de un tratamiento oportuno y eficaz detectado a tiempo. Así mismo incluye a las mujeres en edad fértil población vulnerable y prioritaria socialmente.

El estudio aborda un problema de salud pública tanto a nivel mundial como a nivel nacional y local, ya que la selva es la zona con mayor infección de PVH y por ende la mujer puede desarrollar la enfermedad en cualquier etapa de su vida reproductiva, más aun con el inicio

precoz de las relaciones sexuales y la relación con múltiples parejas sexuales por la cultura de la población.

En la práctica permitirá que los profesionales de la salud Obstetras y Médicos conozcan del conocimiento que tienen las mujeres en relación a los tipo de lesiones precancerosas de cuello uterino y mama, principalmente con displasias para actuar oportunamente y evitar que las mujeres afecten su vida sexual y reproductiva.

Los resultados permitirán incrementar los conocimientos del personal de salud y de la población para una mejor difusión del ejercicio de la promoción y prevención de la salud, tanto por el personal de salud como por la población en general para el autocuidado de la salud.

Además permitirá que el personal de salud actué con un enfoque epidemiológico y de riesgo que contribuya a identificar los casos problema y evitar mayores complicaciones en la mujeres en edad fértil.

La realización del presente trabajo, se basa en las altas tasas de incidencia y mortalidad que el cáncer presenta específicamente en nuestra población femenina, teniendo como neoplasias malignas más frecuentes las de cuello uterino y las de mama. Ante esta situación es importante determinar que conocen las mujeres sobre el cuidado y la preservación de la salud, evidenciar todo el conocimiento posible sobre los factores de riesgo y la prevención, sobre estas enfermedades, con el fin de poder brindar a la población y personal de salud, conocimientos verídicos y aplicables a su realidad e incrementar el desarrollo de actividades preventivo promocionales que contribuyan efectivamente a la reducción de las altas tasas de incidencia y mortalidad por cáncer ginecológico (cuello uterino y mama).

1.5. Problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mamas) que tiene las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) que tiene las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mamas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.

- Establecer estadísticamente según características sociodemográficas el nivel de mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019

2.3. Hipótesis de investigación:

Existe un alto nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero –julio 2019.

2.4. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Valor Final
Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama)	Grado de información obtenida y pre establecida sobre el cáncer de cérvix y de mama, como las circunstancias que pueden ser modificables o no modificables y el conjunto de acciones destinadas a la preparación y disposición con el fin de anticipar la aparición del cáncer a través de experiencias previas.	Conocimientos sobre factores de riesgo, condiciones y acciones para evitar la aparición del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) por las mujeres del distrito de morales	Factores de riesgo Prevención primaria Prevención secundaria	-Genética -Antecedentes personales de cáncer de mama -Edad avanzada -Menarquia -Paridad -Tiempo de Lactancia -Uso de anticonceptivos orales -Uso de Hormonas -Estilo de alimentación. -Fumar -Infección con el VPH -Múltiples compañeros sexuales. -Autoexamen Mamario. -Papanicolaou -Mamografías	Alto Medio Bajo

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudio:

El tipo de estudio será no experimental, cuantitativo, método descriptivo, de corto transversal.

3.2. Diseño de Investigación:

Estudio descriptivo simple

M _____ **O_1**

M = Muestra, de mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales.

O_1 = Variable, conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama)

3.3. Universo, población y muestra

Universo

Estuvo conformado por las mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud Morales.

Población

Estuvo conformada por 100 mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud Morales, dato proporcionado por la oficina de estadística del establecimiento de salud.

Muestra

Estuvo conformada por 100 (100%) mujeres en edad fértil que asisten al Centro de Salud Morales.

Muestreo

Se utilizará el muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Unidad de análisis

Una mujer en edad fértil atendida en el establecimiento de salud Morales.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años atendida en el centro de salud Morales.

- Mujeres en edad fértil que asiste al establecimiento de salud con antecedentes de 02 a más atenciones en el establecimiento.
- MEF que acepten participar del estudio.
- MEF con capacidad física y mental para responder a la encuesta.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 15 y mayores de 49 años.
- MEF referida de otro establecimiento de salud.
- Mujeres que rechazan participar del estudio.

3.4.Procedimiento

- Se realizó la revisión de la bibliografía y se procedió a elaborar el proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se socializó el proyecto a los directivos del establecimiento para acceder a la ejecución.
- Posteriormente se solicitó formalmente la autorización para acceder a las usuarias en el establecimiento de salud.
- Se aplicó la encuesta, la cual fue llenada minuciosamente previa revisión de para recabar íntegramente toda la información necesaria.
- Una vez recogida la información se tabularon y se analizaron los datos.
- Posteriormente se elaboró el informe de tesis.
- Se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación de jurado.
- Finalmente se procederá con la sustentación de la tesis.

3.5.Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

En el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, por ser el más adecuado para cumplir con los objetivos del estudio. El cuestionario aplicado consta de 3 partes, la primera es la presentación donde se encuentra los objetivos y alcances de la investigación, la segunda parte son las indicaciones para el llenado del cuestionario y la tercera está comprendida por los datos generales y los datos

específicos, los cuales incluyen preguntas cerradas con alternativas múltiples y una serie de enunciados a los cuales se contestarán con las opciones de verdadero y falso.

Para la medición de la variable de estudio, se asignaran un puntaje de dos (2) puntos a las preguntas cerradas bien contestadas, uno (1) a los enunciados de verdadero y falso contestados correctamente y cero (0) puntos a las contestadas incorrectamente con lo cual se obtendrá un puntaje total máximo de 74 puntos, de los cuales 25 ítems son referidos a los factores de riesgo con un puntaje de 26 puntos, 12 preguntas a la prevención primaria con un puntaje de 24 puntos y 12 preguntas a la prevención secundaria con un total de 24 puntos.

Para cuantificar la variable, se utilizó la Escala de Stanones, la cual nos permitió hallar intervalos de puntaje para poder clasificar los resultados y determinar el valor final a través de los niveles de conocimiento.
utilizando para ello la puntuación obtenida en cada cuestionario. Se realizaron tres clasificaciones obedeciendo a los objetivos para realizar una mejor medición de la variable en estudio. Por lo cual se obtuvo lo siguiente:

Determinación del Nivel de Conocimiento Global

Conocimiento Bajo…….0-35 puntos

Conocimiento Medio……..36-55 puntos

Conocimiento Alto……..56-74 puntos

Nivel de Conocimiento sobre Factores de Riesgo

Conocimiento Bajo……0-12 puntos

Conocimiento Medio……13-18 puntos

Conocimiento Alto……19-26 puntos

Nivel de Conocimiento sobre Prevención Primaria

Conocimiento Bajo……....0-10 puntos

Conocimiento Medio……11-17 puntos

Conocimiento Alto……18-24 puntos

Nivel de Conocimiento sobre Prevención Secundaria

Conocimiento Bajo……....0-10 puntos

Conocimiento Medio…….11-17 puntos
Conocimiento Alto…….18-24 puntos

Posteriormente se realizó el análisis y la interpretación de los datos utilizando el marco teórico correspondiente, realizando así un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad, en primer término en cuanto a los datos generales y luego a los datos específicos que se relacionan directamente con la variable del estudio.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

La información obtenida se ingresó a una base de datos, la cual fue analizada con el paquete estadístico SPSS Versión 21.0, previa codificación.

El análisis se realizará mediante la descripción y comparación de los participantes, en el análisis descriptivo se usó medidas de tendencia central.

Con la finalidad de analizar los datos y determinar los indicadores se empleó los valores absolutos y porcentajes. Para determinar el nivel de concordancia se usó la estadística inferencial.

3.7. Aspectos éticas

Para el recojo de datos se solicitó el consentimiento verbal de su participación, explicándoles a los participantes la finalidad de la investigación y la importancia de su participación, para que así no se sientan solo como sujetos utilizados con fines propios del investigador sino como participantes activos de un trabajo que contribuye con la salud de las mujeres. Además se contó con el permiso de la institución para realizar el estudio.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, Febrero - Julio 2019**.**

CARACTERÍSTICAS	N°	%
EDAD		
19 - 25 Años	20	20.0%
26 - 30 Años	25	25.0%
31 - 35 Años	16	16.0%
36 - 40 Años	17	17.0%
41 - 45 Años	12	12.0%
46 - 49 Años	10	10.0%
TOTAL	**100**	**100.0%**
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	5	5.0%
Primaria Incompleta	22	22.0%
Primaria Completa	30	30.0%
Secundaria Incompleta	17	17.0%
Secundaria Completa	13	13.0%
Superior Tecnológica	10	10.0%
Superior Universitaria	3	3.0%
TOTAL	**100**	**100.0%**

Fuente: Ficha de recolección de datos

Observamos las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Morales, observándose que existe un promedio en las edades entre 26 – 30 años con un 25,0% (25), seguido del grupo etáreo entre 19 – 25 años en un 20,0% (20). Respecto al grado de instrucción, predominan las mujeres con primaria completa en un 30,0% (30) y primaria incompleta en un 22,0% (22).

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, Febrero - Julio 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Alto	31	31.0%
Medio	40	40.0%
Bajo	29	29.0%
TOTAL	**100**	**100.0%**

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se evidencia que el 40,0% (40) de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de cuello uterino, el 31,0% (31) conocimiento alto y el 29,0% (29) bajo.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer de mamas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Alto	24	24.0%
Medio	49	49.0%
Bajo	27	27.0%
TOTAL	**100**	**100.0%**

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observa que el 49,0% (49) de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención del cáncer de mamas, el 27,0% (27) conocimiento bajo y el 24,0% (24) alto.

Tabla 4. Características sociodemográficas de mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD								
19 - 25 Años	10	10.0%	6	6.0%	4	4.0%	20	20.0%
26 - 30 Años	7	7.0%	13	13.0%	5	5.0%	25	25.0%
31 - 35 Años	6	6.0%	7	7.0%	3	3.0%	16	16.0%
36 - 40 Años	6	6.0%	7	7.0%	4	4.0%	17	17.0%
41 - 45 Años	0	0.0%	5	5.0%	7	7.0%	12	12.0%
46 - 49 Años	1	1.0%	5	5.0%	4	4.0%	10	10.0%
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Analfabeta	0	0.0%	1	1.0%	4	4.0%	5	5.0%
Primaria Incompleta	3	3.0%	14	14.0%	5	5.0%	22	22.0%
Primaria Completa	12	12.0%	9	9.0%	9	9.0%	30	30.0%
Secundaria Incompleta	3	3.0%	9	9.0%	5	5.0%	17	17.0%
Secundaria Completa	6	6.0%	6	6.0%	1	1.0%	13	13.0%
Superior Tecnológica	4	4.0%	4	4.0%	2	2.0%	10	10.0%
Superior Universitaria	2	2.0%	0	0.0%	1	1.0%	3	3.0%
TOTAL	**30**	**100.0%**	**43**	**100.0%**	**27**	**100.0%**	**100**	**100.0%**

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observa las características sociodemográficas de mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico. Entre ellas encontramos que el 13,0% (13) de mujeres entre 26 – 30 años tienen un nivel de conocimiento medio, el 10,0% (10) que tienen entre 19 – 25 años tienen un conocimiento alto.

Respecto al grado de instrucción, el 14,0% de mujeres con primaria incompleta tienen un conocimiento medio y el 12,0% (12) con primaria completa se ubican en conocimiento alto.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero - julio 2019.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
Alto	30	30.0%
Medio	43	43.0%
Bajo	27	27.0%
TOTAL	**100**	**100.0%**

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se describen el nivel de conocimiento global en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) que tienen las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Morales, observándose que el 43,0% (43) tienen un nivel de conocimiento medio, el 30,0% (30) conocimiento alto y el 27,0% (27) nivel bajo.

V. DISCUSIÓN

Los factores sociodemográficos son aquellas circunstancias que hacen que una persona tenga mayor tendencia o proclividad a sufrir una enfermedad. En el caso del cáncer ginecológico hay factores que se consideran como factores de riesgo no modificables que están relacionados con la individualidad de las personas como la edad, el sexo, la educación y los factores modificables que son susceptibles al cambio por medio de intervenciones de prevención primaria o secundaria que pueden llegar a ser minimizados o eliminados con acciones preventivas.

Por lo cual el estudio permitió observar las características sociodemográficas y establecer la condición de conocimiento de las mujeres sobre prevención del cáncer ginecológico en usuarias que asisten a un centro de atención primaria, donde podemos observar en el primer resultado las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Morales, existe un promedio de edad entre 26 – 30 años con un 25,0%, seguido del grupo etáreo entre 19 – 25 años en un 20,0%. Respecto al grado de instrucción, predominan las mujeres con primaria completa en un 30,0% y primaria incompleta en un 22,0%.

Resultado que se relaciona con lo encontrado por Hernández Z, Bravo E, Águila N, Torres Y, Tay J, Martínez M. (2013), quienes estudiaron a mujeres entre 25 y 59 años. También se relaciona con Bermeo D. (2015) quien estudio a mujeres de 35-65 años. Además se relaciona con Ponce, M. (2012) quien estudio a de 50 a 64 años. Igualmente se relaciona con Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. (2016)**,** quienes estudiaron mujeres mayores de 20 años. A su vez se relaciona con De la Rosa J, Alcívar M, Acosta M, Vila M, Caballero G. (2017), quienes estudiaron mujeres de 35 a 50 años. Igualmente se relaciona con Macedo Y. (2012) quien estudio a estudiantes universitarios de enfermería. Además Hernández, R. (2012), encontró que el mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix invasivo tiene educación secundaria completa y además un buen porcentaje de educación superior. Sin embargo Agreda L, Domínguez E. (2014) encontró que la mayoría de los casos se presentaron en mujeres de 35 a más años de edad, con educación secundaria completa.

Por lo mencionado podemos establecer que la edad y el grado de instrucción sol factores importantes vinculados con el conocimiento de las prevención del cáncer ginecológico, ya que las mujeres cuando se embarazan a tempana edad dejan de estudiar y generar un contacto precoz al factor etiológico que las conlleva al cáncer ginecológico. Sin embargo entendemos también que existen mujeres cuyo nivel educativo es alto pero no acceden a los servicios de prevención del cáncer por sus miedos, temores, angustias o pudor que generan condiciones para que la enfermedad avance.

En el segundo resultado se evidencia que el 40,0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de cuello uterino, seguido del 31,0% de conocimiento alto y el 29,0% bajo.

Resultado que se relaciona con Hernández Z, Bravo E, Águila N, Torres Y, Tay J, Martínez M. (2013), quienes encontraron que el 92,15% posee desconocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino, de ellas el 58,82% con conocimientos regulares y el 33,33% malos. Además se relaciona con Ponce, M. (2012) quien encontró desconocimiento de las ventajas del Papanicolaou y el papel desempeñado en los cuidados de familiares influyeron en la percepción de riesgo de contraer cáncer y en las prácticas preventivas. Igualmente se relaciona con Macedo Y. (2012) quien encontró que el 30% de estudiantes de enfermería presentan un nivel de conocimiento bueno, 53% un nivel regular y 18% un nivel deficiente sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

Por lo mencionado se establece que el conocimiento en la mayoría de las mujeres para la prevención del cáncer de cérvix es medios, ello está relacionado con las obligaciones y costumbres que tienen las mujeres al acudir al establecimiento de salud con mayor facilidad que los varones y es más fácil acceder a la evaluación del cérvix por los programas existentes en los establecimientos o los grupos sociales que educan y previenen el problema.

En el tercer resultado se observa que el 49,0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención del cáncer de mamas, el 27,0% conocimiento bajo y el 24,0% alto.

Resultado que se relaciona con Ponce, M. (2012) quien encontró desconocimiento de las ventajas de la mamografía.

También se relaciona con Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. (2016), quienes encontraron en la evaluación del nivel de información, percepciones y aplicación del autoexamen de mama, se encontró que el 73% de las mujeres conoce cómo se realiza el autoexamen; 77,8% están totalmente de acuerdo con que es bueno realizarlo; 49% nunca se lo ha realizado y solo tres mujeres tiene una práctica adecuada. A su vez se relaciona con De la Rosa J, Alcívar M, Acosta M, Vila M, Caballero G. (2017) quienes encontraron que el 57.0% no tiene conocimiento del autoexamen de mama; se evidenció que sobre el conocimiento de los síntomas de alarma del cáncer de mama, el más conocido fue la aparición de tumoraciones en mamas y axilas y el menos conocido fue el dolor a la palpación; según fuentes de conocimientos utilizados, el 54% señala que los obtuvo de Internet y solo el 11% lo obtuvo por personal de salud; según realización del autoexamen de mama se comprobó que en su totalidad presentaron desconocimiento, teniendo dificultades en los pasos del mismo y mostraron inseguridad en su ejecución. El 77% de las encuestadas no realizan el autoexamen de mama. Igualmente se relaciona con Macedo Y. (2012) quien encontró que el 34% de estudiantes de enfermería presentan un nivel de conocimiento bueno, 45% un nivel regular y 20% un nivel deficiente sobre factores de riesgo del cáncer de mama. Los factores de riesgo de cáncer de mama que conocen los estudiantes de enfermería son: con 86% antecedente familiar directo de cáncer de mama, seguido del uso prolongado de hormonas durante la pre y pos menopausia 68%, y el 67% edad mayor de 40 años. Los factores menos conocidos son la Nuliparidad con 68% de desconocimiento, la Menopausia tardía con 71% y el Alcoholismo con 77% de desconocimiento. Además Aponte-Salazar M, Mestanza – Torres A, Velásquez Tavara J, Farro-Peña J. (2010), encontró nivel de conocimiento medio (90,6%) y un nivel de conocimiento alto y bajo (4,7%), considerando las dimensiones; el 45,9% tuvo conocimiento medio sobre definición, conceptos y factores predisponentes, el 40,0% acerca de prevención y el 82,3% del autoexamen de mama. En cuanto a conocimiento bajo se obtuvo un 48,2% sobre signos y síntomas y un 47,1% sobre diagnóstico y tratamiento.

En relación a lo mencionado se establece que la tendencia del nivel de conocimiento en la prevención del cáncer ginecológico va de medio a bajo por el nivel que representa el establecimiento de salud y muchas veces se aboca el examen clínico sólo al examen de mama, hecho que conlleva a no extender el servicios y la especialidad ya que mínimo a partir de los 45 años las mujeres deberían realizarse una mamografía periódica.

El cuarto resultado muestra las características sociodemográficas de mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico. Entre ellas encontramos que el 13,0% de mujeres entre 26 – 30 años tienen un nivel de conocimiento medio, el 10,0% tienen entre 19 – 25 años tienen un conocimiento alto. Respecto al grado de instrucción, el 14,0% de mujeres con primaria incompleta tienen un conocimiento medio y el 12,0% con primaria completa se ubican en conocimiento alto.

Resultado que se relaciona con relaciona con Hernández Z, Bravo E, Águila N, Torres Y, Tay J, Martínez M. (2013), quienes concluyen que predominaron los factores de riesgo y el diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre la misma. También se relaciona con Bermeo D. (2015) quien encontró que un alto índice de las encuestadas alcanzó un nivel muy bajo y otras nada de conocimiento al cáncer cervicouterino y sus medidas preventivas. A su vez se relaciona con De la Rosa J, Alcívar M, Acosta M, Vila M, Caballero G. (2017) quienes concluyen que la población estudiada no demostró conocimiento en cuanto a la realización del autoexamen de mama y casi un tercio de la población no lo practica. Además Aponte-Salazar M, Mestanza – Torres A, Velásquez Tavara J, Farro-Peña J. (2010), encontraron que el 87,1% tiene entre 20 y 49 años de edad; el 48,2% es soltera; el 48,3% tiene secundaria completa o superior; el 58,8% procede de la región costa y el 88,2% tiene por lo menos un hijo, entre ellas, el 49,3% lo tuvo antes de los 18 años y el 82,9% refiere no tener antecedentes familiares de cáncer de mama.

Por lo ya mencionado se deduce que las mujeres de edad promedio y con grado de instrucción promedio tienen el conocimiento sobre las medidas preventivas y sobre las posibles afecciones que puedan tener sin embargo ellas no acceden a la atención de salud como corresponde por no contar con una orientación más personalizada e idónea que sería por personal de salud, existen muchas dudas y falsas creencias que muchas veces las detienen para acceder a los servicios de salud.

El quinto resultado describe el nivel de conocimiento global en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) que tienen las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Morales, observándose que el 43,0% tiene un nivel de conocimiento medio, el 30,0% conocimiento alto y el 27,0% nivel bajo.

Resultado que se relaciona con Bermeo D. (2015), quien concluye que existe un alto porcentaje con déficit o pobreza de conocimiento sobre estos temas situación que pudiera estar asociada a la escasa realización de prácticas para poder prevenir y detectar a tiempo esta mortal enfermedad. Además se relaciona con Ponce, M. (2012) quien concluye que en la adultez parece existir un mayor conocimiento sobre el cáncer, subsisten numerosas barreras socioculturales que impiden a las mujeres permanecer en los procesos de cuidados que ayudan a evitar la enfermedad. Igualmente se relaciona con Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. (2016) quienes concluyen que en la zona rural, a pesar que las mujeres han recibido información sobre la técnica del autoexamen, no se lo realizan de forma adecuada. Así mismo se relaciona con Ponce M. (2013)**,** quien concluye que cada institución recorta su accionar en torno a un eje de la prevención, y predominan respuestas aisladas y desarticuladas que no alcanzan a generar en las mujeres una demanda por cuidados y asistencia de manera autónoma e informada. Igualmente se relaciona con Macedo Y. (2012), quien concluye que el nivel de conocimientos sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino es: 46% con un nivel de conocimiento bueno, 38% medio y 17% un nivel deficiente. Sobre cáncer de mama el 48% presenta conocimiento bueno, 42% regular y 10% deficiente. El nivel de conocimientos sobre la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino indica que el 39% conocen sobre el examen de Papanicolaou y un 61% lo desconocen, para prevención secundaria de cáncer de mama, conocen el autoexamen de mamas un 61% y lo desconocen un 39%. También se relaciona con Acevedo, S. (2010), quien concluye que el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Enfermería de la UNMSM sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de Cérvix y de mama en su mayoría es Medio. Sin embargo Bellido J. (2014) concluye que el nivel de conocimientos adquirido durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en los estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia fue “Medio” (Inicio de internado: 49.2%; Término de internado: 52.8%), aumentando en un 3.6%. Además Aponte-Salazar M, Mestanza – Torres A, Velásquez Tavara J, Farro-Peña J. (2010) concluyen el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama es aceptable; sin embargo, se muestra un nivel bajo en el reconocimiento de sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Por lo mencionado aun el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la prevención del cáncer ginecológico es medio a bajo y demanda intervenir desarrollando un programa educativo que genere el efecto positivo en ellas de no solo conocer si no de actuar accediendo oportunamente a los servicios de salud para su prevención.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Las mujeres según características sociodemográficas presentaron un promedio de edad entre 26 – 30 años con 25,0%, respecto al grado de instrucción, predominó la educación primaria completa con 30,0%.

6.2. El 40,0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de cuello uterino, el 31,0% conocimiento alto y el 29,0% bajo.

6.3. El 49,0% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención del cáncer de mamas, el 27,0% conocimiento bajo y el 24,0% (24) alto.

6.4. El mayor conocimiento en prevención del cáncer ginecológico encontramos que el 13,0% de mujeres entre 26 – 30 años con nivel de conocimiento medio, 10,0% con 19 – 25 años tienen un nivel de conocimiento alto. Respecto al grado de instrucción, el 14,0% de mujeres con primaria incompleta tienen un conocimiento medio y 12,0% con primaria completa se ubican en conocimiento alto.

6.5. El nivel de conocimiento global en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mama) que tienen las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Morales fue 43,0% con nivel de conocimiento medio, 30,0% conocimiento alto y 27,0% nivel bajo.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Al equipo de salud tener presente durante la atención de las mujeres las características sociodemográficas como la edad promedio entre 26 – 30 años y la educación primaria completa para educar sobre la prevención del cáncer ginecológico.

7.2. A los obstetras del Centro de Salud Morales informar y educar a las mujeres sobre prevención del cáncer ginecológico con énfasis en cáncer de cuello uterino.

7.3. A los obstetras del Centro de Salud Morales informar y educar a las mujeres sobre prevención del cáncer ginecológico con énfasis en cáncer de mamas.

7.4. Al equipo de salud considerar la condición de primaria incompleta y edad entre 26-30 años para educar a las mujeres en prevención del cáncer ginecológico ya que en su mayoría tienen un conocimiento medio.

7.5. Al equipo de salud y a los directivos de los establecimientos, fomentar la educación intra y extramural para garantizar la prevención del cáncer ginecológico en la población susceptible.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol 2013;14:1-52.

2. OPS OMS. Cáncer Cervicouterino. Última actualización el Martes 31 de Mayo de 2011 06:51 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es

3. OPS OMS. Cáncer de mama. Última actualización el Miércoles 22 de Octubre de 2014 09:57 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10087&Itemid=39835&lang=es

4. OPS. Estrategia y plan de acción regional para la prevención y el control del cáncer cervicouterino en américa latina y el caribe. 2008. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=348&Itemid=40936&lang=es

5. Paolino, M. and Arrossi, S. (2011). Women's Knowledge About Cervical Cancer, PAP Smear and Human Papillomavirus and Its Relation to Screening in Argentina, Women & Health. 51, 1, 72-87.

6. Ramos S., Pantelides E. (1990). Dificultades para la prevención secundaria del cáncer de cuello de Útero: Las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. Documentos CEDES.

7. Allen J., Stoddard A., Mays J, Sorensen G. (2001). Promoting breast and cervical cancer screening at the workplace: results from the Woman to Woman study. American Journal Public Health. 91, 584-590.

8. Taylor V., Jackson J., Yasui Y., Kuniyuki A., Acorda E., Marchand A., Thompson B. (2002). Evaluation of outreach intervention to promote cervical cancer screening among Cambodian American women. Cancer Detection Preventive. 26, 320-327.

9. Hernández Z, Bravo E, Águila N, Torres Y, Tay J, Martínez M. (2013). Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Artículo. Revista Cubana de Enfermería. 2013.Consulta17.04.19. http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/137/162

10. Bermeo D. Conocimientos y prácticas para la prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino que tienen las mujeres en edad de riesgo (35-65 años) que acuden a Solca de la ciudad de Esmeraldas enero - abril 2015. Tesis de pregrado. Esmeralda Ecuador.2015.Consulta17.04.19 https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/415/1/BERMEO%20MONTANO%20DIANA%20PRISCILA.pdf

11. Ponce M. Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires, Caba – Argentina. Artículos originales. Rev. Argent Salud Pública. 2012; 3(13):6-12. Vol. 3 - Nº 13, Diciembre 201224/01/15. 8:39 pm. http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen13/6-12.pdf

12. Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. Artículo Científico. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 19(1):5-14. Enero – Junio 2016. Colombia. 2016. Consulta 17.04.19 http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf

13. Ponce, M., en su estudio “La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Argentina. Scielo. Salud colectiva. *versión On-line* ISSN 1851-8265. vol.9 no.2 Lanús ago. 2013.24/01/15 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652013000200007&script=sci_arttext

14. De la Rosa J, Alcívar M, Acosta M, Vila M, Caballero G. Conocimientos y Prácticas del Autoexamen de Mama en Mujeres del Barrio Tercer Piso en la Ciudad de Esmeraldas. Hallazgos21 [Internet]. 5jul.2017 [citado 17abr.2019]; 2(2). Available from: https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/159

15. Macedo Y. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención secundaria del cáncer de cuello uterino y mama en los estudiantes de enfermería de la universidad nacional del altiplano, 2012. Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Tesis de Pregrado. Puno Perú. 2012. Consulta18.04.19 http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2622/Macedo_Aliaga_Yudith_Mirian.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Acevedo, S. "Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo y la prevención secundaria del cáncer de cérvix y de mama en los estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2009". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. 2010. 24/01/15. 10:49 pm. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/477/1/acevedo_ps.pdf

17. 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. (2012) Tesis para optar el grado de maestría UNMSM. Lima

18. Bellido J. Conocimientos adquiridos durante el año de internado sobre prevención secundaria del cáncer de cuello uterino en estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Año 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Obstetricia Lima Perú.2014Consulta18.04.19 http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4053/Bellido_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Aponte-Salazar M, Mestanza – Torres A, Velásquez Tavara J, Farro-Peña J. Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y características sociodemográficas en mujeres privadas de su libertad Lima – Perú". Artículo original. Rev. Enferm. Herediana. 2010;3(2):57-63. Lima Perú 2010. Consulta 18/04/19 http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/rev20125.2/VOL32/conocimiento.pdf

20. Agreda L, Domínguez E. (2014), en su estudio "significados, vivencias y vínculo con el proceso de adaptación y sentido de vida de las mujeres con cáncer cérvico-uterino en

el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, diciembre 2013 – febrero 2014." San Martín – Perú. Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el título profesional de Obstetra.

21. Canales F. Mitología de la investigación. 6ta Ed. Mc Graw-Hill, Argentina; 1999.

22. Monreal J. Diccionario enciclopédico Salvat. Vol. II. Edit. Salvat. Barcelona, España; 1980.

23. Canela F. Manual de pedagogía y psicología. Edit. Cultural. España; 1999.

24. OMS, Informe sobre la salud del mundo 2002, "Reducir los riesgos producir una vida sana". Ginebra OMS 2002

25. Huertas W, Gómez J. Tecnología educativa. Vol. II edit. Retablo papel. INIDE Lima 1990 pág.123.

26. OPS. Teoría y guía práctica para la Promoción de la Salud. Montreal, Canadá. 2010.

27. Guía Técnica para el Manejo y Control del Cáncer Invasor de Cérvix. Misterio de Salud, El Salvador, Agosto 2009.

28. Organización Mundial de la Salud 2013. programa nacional de Cáncer de cuello uterino. Lima–Perú(Visitado29/11/2013) http://es.thehpvtest.com/eboutHPV/cervical_cancerFAQS.HTML#whatcausas_cervical_cancer

29. Arzuaga M, Lourdes M, Azevedo L. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial en la Ciudad de la Habana. Rev. Cubana de Enfermería vol.28 no.1. 2012

30. Gonzales M, Treimun KL. Experiencias de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino en tratamiento oncológico en Chile 2009. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Austral de Chile.

31. Arzuaga M, Lourdes M, Azevedo L. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial en la Ciudad de la Habana. Rev. Cubana de Enfermería vol.28 no.1. 2012.

32. Vidaurre, T. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Semana de la Prevención del Cáncer. 2014. http://www.inen.sld.pe/portal/prensa/notas/670-np-048-14.html.

33. MINSA. Dirección General de Epidemiologia. Análisis de la situación del cáncer en el Perú2013.Lima–Perú.26/01/15 http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

34. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU. Cáncer de cuello uterino: Tratamiento y Prevención. Consultado 26/01/15; 4:59 pm. http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cuellouterino/Patient/page1

35. Vivas M. División de Enfermedades No-transmisibles/programa de cáncer cervical uterino de la OPS/OMS. 2010.

36. Ministerio de salud. Instituto Nacional de salud. Manual de procedimientos para el diagnóstico en citología cérvico uterina. Serie de normas técnicas Nº43. Perú. 2009

37. Sherman C. Aspectos Psicosociales del cáncer. Manual de Oncología. Barcelona 2010 Oddó D. Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del siglo XX. (I y II partes). Chile. (Visitado 26/11/2013) URLhttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/ Papanicolaou.

38. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. Lancet 359 (9312): 1093-101, 2002. [PUBMED Abstract]

39. Moreno V, Bosch F, Muñoz N. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet 359 (9312): 1085-92, 2002. [PUBMED Abstract]

40. Doktuz - Wikidos. Cáncer de mama. Publicado 31.08.14. Consultado 26/01/15 12:44 pm.https://doktuz.com/wikidoks/enfermedades-y-condiciones/cancer-de-mama.html?gclid=CJGdjLqVssMCFQYkgQodKKcATA

41. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU. Prevención del cáncer de seno. Consultado 26/01/15; 12:58 pm. http://www.cancer.gov/espanol/pdq/prevencion/seno/Patient/page1

42. OMS. Temas de Salud, Cáncer de Mama: prevención y control. Consultado 26/01/15 01:09 pm http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html

43. Harrison. Manual de Medicina Interna. Madrid, Editorial Mc Graw Hill 2003 pàg1104-1168 Norma

IX. ANEXOS:

Anexo N° 01: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estudio: Nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mamas) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019

ENCUESTA

Presentación: Buenas ……, soy …….., actualmente vengo realizar un trabajo de investigación que tiene como objetivo Determinar el nivel de conocimiento en prevención del cáncer ginecológico (cuello uterino y mamas) en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, febrero – julio 2019, para lo cual espero contar con la colaboración de Ud. en el desarrollo del presente cuestionario respondiendo verazmente y con sinceridad a las preguntas planteadas, recordándoles que la participación en el presente cuestionario es de forma anónima y que contribuirá con la salud de las mujeres y en especial de la Región San Martín. Me despido agradeciendo de antemano su participación. Muchas gracias

Instrucciones: En el presente cuestionario usted encontrará una serie de preguntas que pedimos conteste en su totalidad con un lapicero (no llenar con lápiz). El presente cuestionario consta de dos tipos de preguntas. En la primera parte encontrará una secuencia de datos generales los cuales contestará marcando con una (X) en el casillero correspondiente. En la segunda parte se presentan preguntas cerradas con alternativas múltiples pero con una sola opción de respuesta y además una serie de enunciados que contestará marcando con una (X) en el casillero de (V) o (F) según crea usted conveniente.

I. DATOS GENERALES:

a. Grado de Instrucción:

i. Analfabeta. ( )

ii. Primaria Incompleta ( )

iii. Primaria Completa ( )

iv. Secundaria Incompleta. ( )

v. Secundaria Completa ( )

vi. Superior Tecnológica ( )

vii. Superior Universitaria ( )

b. Edad:

i. 19 a 25 años ( )

ii. 26 a 30 años ( )

iii. 31 a 35 años ( )

iv. 36 a 40 años ( )

v. 41 a 45 años ( )

vi. 46 a 49 años ( )

II. DATOS ESPECIFICOS:

Marcar con una (X) la alternativa que usted considere correcta, por favor responda las siguientes preguntas.

A. En cuanto al cáncer de cérvix

1. El cáncer de Cérvix es:
   a) Una patología que se inicia necesariamente con la presencia de un tumor en el cuello uterino.
   b) Una afección denominada displasia.
   c) Una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.
   d) Son lesiones en las células escamosas del útero.
2. Una de las principales formas de detección del cáncer de Cérvix es:
   a) Un examen ginecológico
   b) Una prueba de papanicolaou
   c) Una biopsia de útero

d) Una colposcopia

A continuación marque usted con una (X) en el casillero que considere usted sea (V) o (F) respondiendo a los siguientes enunciados:

N°	Enunciado	Verdadero (V)	Falso (F)
1	El cáncer de Cérvix es una enfermedad meramente hereditaria y genética		
2	Tener varias parejas sexuales puede causar cáncer de Cérvix		
3	Usar la "T" de cobre como método anticonceptivo podría desarrollar cáncer de Cérvix		
4	Tener relaciones sexuales a temprana edad podría favorecer el desarrollo de cáncer de cuello uterino		
5	En caso que su pareja tenga varias parejas sexuales podría ser un riesgo para que usted presente cáncer de Cérvix.		
6	La obesidad es un factor de riesgo para el cáncer de Cérvix.		
7	El VIH y otras infecciones de Transmisión Sexual se relacionan con la aparición de cáncer de Cérvix		
8	El VPH (Virus del Papiloma Humano) el factor de riesgo más importante para el cáncer de Cérvix.		
9	Las mujeres fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer de cáncer de Cérvix		
10	Las mujeres con ciclos menstruales irregulares tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de Cérvix		
11	Un bajo nivel socioeconómico: pobreza, incrementa el riesgo de padecer de cáncer de Cérvix.		
12	El uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de padecer de cáncer de Cérvix.		

3. El examen de Papanicolaou es útil para:
   a) Diagnosticar el cáncer de Cérvix
   b) Detectar lesiones precancerosas
   c) Observar parte del útero
   d) Tratamiento de enfermedades vaginales

4. ¿Quiénes deben iniciar a realizarse el examen de Papanicolaou?
   a) Las mujeres mayores de 35 años
   b) Las mujeres que ya hayan tenido hijos
   c) Las mujeres mayores de 20 años
   d) Las mujeres que ya hayan iniciado sus relaciones sexuales

5. ¿Cuándo se debe decidir realizarse un examen de Papanicolaou?
   a. Cuando presente algún síntoma de alarma
   b. Cuando presente abundante descenso
   c. Una vez haya iniciado una vida sexual activa
   d. Cuando presente hemorragia vaginal

6. ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar la prueba de Papanicolaou?
   a) Dos veces al año
   b) Una vez al año
   c) Una vez cada dos años
   d) Una vez cada tres años

B. En cuanto al cáncer de mama:

7. El cáncer de mama es:
   a) Una enfermedad que consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células del tejido mamario.
   b) Es la presencia de un tumor ya sea maligno o benigno en la mama.
   c) Es la presencia de múltiples bultos en la mama.
   d) Es una patología que consiste en la inflamación de los nódulos de la mama.

8. Una de los principales factores de riesgo del Cáncer de mama es:
   a. Promiscuidad
   b. Multiparidad
   c. Historia familiar de cáncer de mama
   d. Tratamiento hormonal prolongado

9. Una de las principales medidas de prevención secundaria del cáncer de mama es:
   a. Evitando los factores de riesgo
   b. Realizar actividad física
   c. Realización del Autoexamen de mama cada mes.
   d. Una dieta baja en grasas

A continuación marque usted con una (X) en el casillero que considere usted sea (V) o (F) respondiendo a los siguientes enunciados:

N°	Enunciado	Verdadero (V)	Falso (F)
1	Fumar incrementa el riesgo de presentar cáncer de mama		
2	La raza blanca está relacionada con la mayor predisposición de desarrollar cáncer de mama		
3	La edad de la primera menstruación tiene que ver con el riesgo de cáncer de mama		
4	El inicio sexual precoz incrementa el riesgo de padecer de cáncer de mama		
5	Las mujeres que no han tenido hijos tienen más riesgo a desarrollar cáncer de mama que aquellas que si los tiene		
6	El cáncer de mama se presenta con mayor incidencia en mujeres menores de 40 años.		
7	A mayor tiempo de lactancia materna mayor es el riesgo de cáncer de mama		
8	Las mujeres que llevan un tratamiento hormonal prolongado están en mayor riesgo de padecer cáncer de mama.		
9	El consumo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer de mama		
10	A mayor actividad física mayor el riesgo de cáncer de mama		
11	La obesidad es un factor de riesgo para el cáncer de mama		
12	Mientras más temprano se presente la menopausia menor el riesgo de presentar cáncer de mama.		

10. ¿Con que frecuencia creer usted se debe realizar el autoexamen de mamas?
    a. Diariamente
    b. Semanalmente
    c. Mensualmente
    d. Una vez al año

11. ¿Cuándo se debe realizar el autoexamen de mamas?
    a. Cualquier día
    b. Una semana después de menstruar
    c. Cada vez que pueda
    d. Una semana antes de menstruar

12. ¿A partir de que edad es recomendable hacerse una mamografía?
    a. A partir de los 20-25 años
    b. A partir de los 40-45 años
    c. A partir de los 60-65 años
    d. A cualquier edad

13. ¿Cuál es la frecuencia recomendable para realizarse una mamografía?
    a) Cuando crea conveniente
    b) Cada 6 meses
    c) Cada 5 años
    d) Una vez al año

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN¡

Anexo N° 02: Prueba de Estanones

Prueba de Estanones para el cálculo del
nivel de conocimiento de cáncer ginecológico

1. Medición de la variable

Para la medición de la variable se utilizó la escala de Estanones usando una constante 0.75 dividiéndolo en tres categorías Bajo, Medio Alto.

1.1. Se determinó el promedio: = **27.20**

1.2. Se calculó la desviación estándar (DS) **= 7.701**

1.3. Se establecieron los valores de a y b

Reemplazando: **a = X – 0.75 (DS)**

a = 27.195 - 0.75 (7.70100)

a = 27.195 - 5.776

a = 21.419 = **21**

Reemplazando: **b = X + 0.75 (DS)**

b = 27.195 + 0.75 (7.70100)

b = 27.195 + 5.776

b = 32.971 = **33**

Intervalos

Alto	:	33 - 50 puntos
Medio	:	22 - 32 puntos
Bajo	:	0 - 21 puntos

2. Medición de la dimensión cáncer de cuello uterino

2.1. Se determinó el promedio = **13.96**

2.2. Se calculó la desviación estándar (DS) = **4.454**

2.3. Se establecieron los valores de a y b

Reemplazando: **a = X – 0.75 (DS)**

a = 13.955 - 0.75 (4.45400)

a = 13.955 - 3.341
11
a = 10.615 =

Reemplazando: **b = X + 0.75 (DS)**

b = 13.955 + 0.75 (4.45400)

b = 13.955 + 3.341

b = 17.296 = **17**

Intervalos
Alto : 17 - 24 puntos
Medio : 12 - 16 puntos
Bajo : 0 - 11 puntos

3. Medición de la dimensión cáncer de mama

3.1. Se determinó el promedio: = **13.25**

3.2. Se calculó la desviación estándar (DS) = **4.348**

3.3. Se establecieron los valores de a y b

Reemplazando: **a = X – 0.75 (DS)**

a = 13.25 - 0.75 (4.34800)

a = 13.25 - 3.261

a = 9.989 = **10**

Reemplazando: **b = X + 0.75 (DS)**

b = 13.25 + 0.75 (4.34800)

b = 13.25 + 3.261

b = 16.511 = **17**

Intervalos
Alto : 17 - 26 puntos
Medio : 11 - 16 puntos
Bajo : 0 - 10 puntos