

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN
MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA,
HOSPITAL DE APOYO CELENDIN, SEGÚN CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, 2016.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
ONCOLOGÍA**

Autor:

Lic. Enf. Blanca Aurora Palomino Colona

Asesora:

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Cajamarca, Perú

2017

COPYRIGHT © 2017 by
BLANCA AURORA PALOMINO COLONA
Todos los derechos reservados

Lic. Enf. Blanca Aurora, Palomino Colona.

**ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES
ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL DE APOYO
CELENDÍN, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, 2016.**

*SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN ONCOLOGIA. UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CAJAMARCA, 2016.*

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Asesora: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Docente principal. Universidad Nacional de Cajamarca

**ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES
ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL DE APOYO
CELENDIN, SEGÚN CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS, 2016.**

AUTORA: LIC. ENF. BLANCA AURORA PALOMINO COLONA

ASESORA: DRA. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR

.....
M.Cs. Aida Cistina, Cerna Aldave
Presidenta

.....
M.Cs. Delia Rosa, Yturbe Pajares
Secretaria

.....
M.Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña
Vocal

A

Con todo amor y cariño a mis padres, y a mi hija, por estar presentes
en cada momento y circunstancia de mi vida brindándome
fuerza y optimismo.

Sus enseñanzas y valores son los pilares
de mi formación, tanto en el ámbito personal como académico.

Los quiero mucho

Agradecimiento:

A Dios, por iluminar mi camino y guiar mis pasos.

A la Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva, por su valiosa asesoría para la planificación, realización y culminación de esta tesis.

A las autoridades y profesionales del Hospital de Apoyo Celendín por su colaboración.

A mis padres, por siempre brindarme tanto amor, comprensión, paciencia y su apoyo incondicional.

También a todas las personas que han colaborado de una y otra forma con la realización del proceso de la investigación.

Blanca

INDICE

ÍtemPágina
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE ANEXOS	vii
GLOSARIO.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1. Definición y Delimitación del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivos General.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes del problema.....	8
2.3. Teorías sobre el tema.....	12
2.4. Hipótesis de la Investigación.....	29
2.5. Variables de Estudio.....	30
2.5.1. Variable Independiente.....	30
2.5.2. Variable Dependiente.....	30
2.5.3. Operacionalización de variables.....	31
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de estudio	33
3.2. Ámbito de estudio	33
3.3 Población y Muestra.....	34
3.5 Criterios de inclusión.....	35
3.4. Unidad de Análisis.....	35
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de Datos.....	35
3.7. Procesamiento de Datos.....	39
3.8. Aspectos éticos.....	40
CAPÍTULO IV:	
RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION...	41
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS	65

LISTA DE TABLAS

Tablas	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia según edad. HAC. II trimestre, 2016.	42
Tabla 2. Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia, según respuestas por dimensión. HAC. II trimestre, 2016.	46
Tabla 3. Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia, según dimensión cognoscitiva, afectiva y conductual. HAC. II trimestre, 2016.	50
Tabla 4. Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II trimestre, 2016.	53
Tabla 5. Relación entre la actitud frente al cáncer de cuello uterino y las características sociodemográficas de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC II trimestre, 2016.	54

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 01: Escala de Lickert Modificada
- Anexo 02: Consentimiento Informado
- Anexo 03: Compromiso de Confidencialidad
- Anexo 04: Medición de la variable con Escala de Stanones
- Anexo 05: Validación del Instrumento
- Anexo 06: Sistematización de Datos.

GLOSARIO

ADN:	ácido desoxirribonucleico.
ARN:	ácido ribonucleico.
CACU:	Cáncer de cuello uterino.
HAC:	Hospital de Apoyo Celendín
INEN:	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
IREN:	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
LIE:	Lesión escamosa epitelial
MINSA:	Ministerio de Salud.
NIC:	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de Salud.
PAP:	Papanicolau
T.I.:	Tasa de Incidencia.
VPH:	Virus Papiloma Humano

RESUMEN

Autor¹: Lic. Enf. Blanca Aurora Palomino Colona
Asesora²: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL DE APOYO CELENDIN, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, 2016.

Investigación de tipo descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal con enfoque cuantitativo, tuvo como objetivo determinar la relación entre la actitud frente al cáncer de cuello uterino según características sociodemográficas de mujeres atendidas en Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín durante el II trimestre 2016. La muestra de 50 mujeres fue obtenida mediante muestreo aleatorio simple, se utilizó la técnica de la encuesta; el instrumento ha sido un cuestionario sociodemográfico y de actitud adaptado de escala tipo Likert y la escala de Stanones para determinar la categorización; determinando que las mujeres usuarias del servicio son en mayoría entre 25 y 40 años, con nivel secundario, ocupación amas de casa, religión católica, convivientes, ingresos económicos menores a 850 soles, número de hijos mayor de 02 hijos, residencia rural; con una actitud indiferente frente al cáncer de cuello uterino. Concluyendo que existe relación entre la actitud y las características sociodemográficas de las mujeres del presente estudio; altamente significativa para las variables de grado de instrucción ($p= 0.001$), ocupación ($p= 0.005$), religión ($p= 0.003$), lugar de residencia ($p= 0.007$); significativa para ingreso económico ($p= 0.02$) y; no habiendo relación con el estado civil ($p= 0.14$), número de hijos ($p=0.09$) y la edad ($p= 0.58$); comprobado con la prueba estadística de Chi-Cuadrado.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de cuello uterino, actitud, mujeres atendidas, características sociodemográficas.

¹ Aspirante al título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Oncología

² Dra. Docente principal. Universidad Nacional de Cajamarca

ABSTRACT

Author¹: Lic. Enf. Blanca Aurora Palomino Colona
Advisor²: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

ATTITUDE TO THE UTERINE NECK CANCER IN WOMEN ATTENDED AT OBSTETRICS OFFICE, SUPPORT HOSPITAL CELENDIN, ACCORDING TO SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, 2016.

Investigation of a descriptive, analytical, cross-sectional correlation type with a quantitative approach, aimed to determine the relationship between the attitude towards cervical cancer according to sociodemographic characteristics of women treated in the Outpatient Obstetrics Clinic of the Celendín Support Hospital during the II quarter 2016. The sample of 50 women was obtained by simple random sampling, the survey technique was used; The instrument has been a sociodemographic questionnaire and a Likert scale adapted attitude and the Stanones scale to determine the categorization; determining that the women users of the service are in majority between 25 and 40 years, with secondary level, housewife occupation, catholic religion, cohabitants, economic income lower than 850 soles, number of children over 02 children, rural residence; with an indifferent attitude towards cervical cancer. Concluding that there is a relationship between the attitude and the sociodemographic characteristics of the women of the present study; highly significant for the variables of educational level ($p = 0.001$), occupation ($p = 0.005$), religion ($p = 0.003$), place of residence ($p = 0.007$) and significant for economic income ($p = 0.02$ y); there being no relationship with marital status ($p = 0.14$), number of children ($p = 0.09$) and age ($p = 0.58$); checked with the Chi-Square statistical test.

KEY WORDS: Cervical cancer, attitude, women attended, sociodemographic characteristics.

1 Aspiring to the title of Second Professional Specialty in Nursing in Oncology
2 Dr. Main teacher. National University of Cajamarca

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar de todos los tipos de cáncer en mujeres a nivel mundial; y la séptima causa de cáncer más común en general; de todos los casos el 85% se producen en los países en desarrollo. En el Perú, es la primera causa de muerte en mujeres en edad fértil y la incidencia se mantiene alta; siendo Trujillo y Arequipa las ciudades que reportan el mayor número de casos. ¹

La región Cajamarca no es ajena a esta realidad pues registra alta incidencia de morbilidad y mortalidad por esta causa, que se ve agravada por cuanto la Región no cuenta con Oncólogos Clínicos, Radioncólogos y con sólo 01 profesional en Anatomía Patológica. Es ciertamente erróneo, pensar que la causa de esta enfermedad es una sola, muy por el contrario su desarrollo representa un proceso de múltiples etapas, afectada probablemente por numerosos factores de riesgo que pueden ser identificadas mediante pruebas sencillas y económicas como el Papanicolaou, pero también es necesario considerar que las tasas de incidencia se mantienen altas debido a la desinformación y bajo nivel educativo.

Se ha demostrado que la infección por el Papiloma virus humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino. La gran mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncógeno nunca presenta cáncer cervicouterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad. Cofactores como la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo, la inmunosupresión particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino, que estarían condicionados por determinantes sociodemográficas de las mujeres. Un mayor porcentaje de pacientes que

tienen esta enfermedad desconocían sobre los factores de riesgo, el curso de la enfermedad y las medidas de prevención².

El nivel de actitud tanto cognoscitivo, afectivo y conductual y su relación con los factores sociodemográficos es uno de los componentes más importantes en la problemática del cáncer de cuello uterino; es relevante mencionar que una buena actitud generara el fortalecimiento de factores protectores y medidas de prevención, por lo contrario bajos niveles de actitud limitaría la capacidad para mejorar la prevención, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

Por lo expuesto el presente trabajo de investigación tuvo como finalidad identificar la actitud de las mujeres que son atendidas en consultorio externo de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín frente al cáncer de cuello uterino y además establecer la relación con las características sociodemográficas, durante el II trimestre 2016.

Estructuralmente, el presente trabajo de investigación está constituido por cuatro capítulos:

Capítulo I se plantea el problema de la investigación científica, la formulación, justificación y objetivos del mismo.

Capítulo II describe el marco teórico empleado para dar sustento a la investigación así mismo se presenta las hipótesis y la operacionalización de las variables.

Capítulo III describe la metodología utilizada.

Capítulo IV se hace la presentación de los resultados de la investigación a través de tablas estadísticas con su respectiva discusión de resultados.

Finalmente se señalan las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer de cuello uterino es una de las patologías más frecuente que afectan a los órganos del aparato genital femenino cuya progresión natural conlleva a la muerte de la mujer que lo padece. Si bien puede aparecer a cualquier edad, habitualmente lo hace alrededor de la cuarta década de la vida de la mujer¹ Obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino, estas son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero y eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas. Con frecuencia en sus etapas iniciales el cáncer cuello uterino no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo.²

Esta enfermedad puede producir la muerte si no se trata a tiempo y si no hay un diagnóstico precoz ya que pueden ocasionar discapacidades, siendo en muchos casos ser prevenidos, detectados y tratados tempranamente, Esta abismal brecha es consecuencia de escasos programas de educación, legislación y de tamizaje para el control del cáncer.³, por lo que representan un importante problema de Salud Pública en el mundo, considerado por la Organización Mundial de Salud como el cuarto tipo de cáncer más frecuente en la mujer afectando a medio millón de personas en el mundo, alcanzando la tasa de incidencia y mortalidad más alta en América del Sur.¹

A nivel internacional se diagnostican unos 500.000 casos anuales, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos⁴ Para el año 2008 a nivel

mundial se estima que se produjeron 275 mil muertes por cáncer de cuello uterino convirtiéndolo en la séptima causa de muerte por cáncer en ambos sexos. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en el continente africano y en el sudeste asiático 21.7 y 13.7 por 100,000 mujeres respectivamente; y las tasas de mortalidad más bajas se encuentran en la región del medio oriente y norte de África (3.0 por 100,000) ⁵

En el 2012, en las Américas, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las Américas aumentará en un 45% en el 2030. ⁶ América Latina y el Caribe tienen las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino más altas del mundo, solo superadas por África Oriental y Melanesia. ¹

El cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino, siendo más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%). Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima (4.2). ⁷

En la región Cajamarca, el número de casos registrados de cáncer por localización topográfica y sexo durante el periodo 2006-2011 fue de 3782 casos, de los cuales 681 (18%) corresponden a cáncer de cuello uterino ⁷ constituyéndose en un importante problema de salud pública.

La aparición de esta enfermedad aunque está muy relacionado con el antecedente de infección con el virus del papiloma humano (VPH) no es el único factor incidente puesto que es mayor la prevalencia de esta infección que de cáncer de cuello uterino, por tanto es necesario pensar que están involucrados muchos otros factores de riesgo

como lo son la edad, edad de inicio de las relaciones sexuales, historia de enfermedades de transmisión sexual, promiscuidad, multiparidad, uso de anticonceptivos, nivel socioeconómico bajo, inmunodeficiencias, y antecedente de compañero sexual con cáncer de cuello uterino; tabaquismo, raza y nutrición. El cáncer de cuello uterino es un gran problema a nivel de salud pública mundial porque es una enfermedad que no hace distinciones de raza, nivel socioeconómico, nivel sociocultural, edad, ubicación geográfica; por tanto puede aparecer en cualquier mujer desde los veinte años de edad hasta la ancianidad; y aunque es una enfermedad que se puede diagnosticar desde sus estadios tempranos y puede ser curada precozmente, sigue cobrando cientos de vidas de mujeres en nuestra región.⁸

Diversas investigaciones han demostrado que existe una estrecha asociación entre variables sociodemográficas y el conocimiento que las personas tienen sobre factores de riesgo y signos del cáncer, tal como lo evidencia Mendoza, K. (2016) que concluye que los factores sociodemográficos están asociados significativamente con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las medidas preventivas de la infección por el virus del papiloma humano, debido a que si bien no todas sus variables están asociadas significativamente con un valor $p > 0,05$ como la variable religión, las variables procedencia y grado de instrucción son estadísticamente significativas con un valor $p < 0,05$ ⁹

En función de la importancia epidemiológica del problema y la limitada información se determinó relevante realizar un estudio descriptivo a fin de ampliar la información existente y determinar si existe relación entre las actitudes hacia el cáncer de cuello uterino y las características sociodemográficas teniendo como población de estudio el grupo de mujeres atendidas en consultorio externo de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín durante el I trimestre 2016. Los resultados obtenidos constituirán la base fundamental en los procesos de los diagnósticos, brindando así información a diversas instituciones y organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la actitud frente al cáncer de cuello uterino según características sociodemográficas de las mujeres atendidas en consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, -2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad con alta morbimortalidad, principalmente en países en vías de desarrollo como el Perú, siendo el nivel educativo un factor fundamental para determinar la manera de actuar de las mujeres para prevenir y tratar oportunamente esta enfermedad. A pesar de los considerables adelantos científicos, nuestro país cuenta, además, con deficiencias en recursos lo cual limita la capacidad para mejorar la prevención, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad 7. Para lograr que las actividades preventivo - promocionales tengan mejores resultados y se obtenga una disminución significativa de la incidencia de cáncer de cuello uterino en nuestro país, se hace necesario tener en cuenta determinar la actitud que presentan las mujeres respecto del tema.

Si tomamos como referencia la Encuesta Nacional de Estadística (ENE) del Perú en el año 2008 se indica que el 81.3% de las personas entrevistadas ha escuchado acerca del VPH. Pero la mayor exposición a la información de estos conocimientos se da más en los jóvenes que en los adultos, en especial en zonas urbanas; en cambio en zonas rurales existe bajo conocimiento, tanto en varones como en mujeres, donde solo el 58.5% conoce sobre el Virus papiloma Humano ¹⁰

Existen publicaciones sobre el nivel de conocimientos y actitudes de la población general sobre el cáncer de cuello uterino, en artículos científicos como en tesis, pero se han encontrado escasos artículos o publicaciones que relacionen factores

sociodemográficos con el nivel de actitudes de mujeres atendidas de forma ambulatoria en los servicios de salud. Por consiguiente, es importante y necesario realizar esta investigación para obtener información acerca de las características sociodemográficas y su relación con el cáncer de cuello uterino con el fin de sugerir la implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos con énfasis en las poblaciones vulnerables. Los resultados también servirán como referencia bibliográfica para próximas investigaciones relacionadas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la actitud frente al cáncer de cuello uterino y la relación con las características sociodemográficas, de las mujeres que son atendidas en consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, durante el II trimestre 2016.
2. Determinar la actitud que tienen frente al cáncer de cuello uterino las mujeres que son atendidas en consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, durante el II trimestre 2016.
3. Establecer la relación entre la actitud frente al cáncer de cuello uterino y las características sociodemográficas, en mujeres atendidas en consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Internacionales

Concha X. (2011). Investigación: Conocimiento y conductas preventivas sobre cáncer cervico uterino y VPH en adolescentes chilenas. Utilizaron, instrumento un cuestionario para medir sus conocimientos, presenta un total de 66 ítems distribuidos en cinco dimensiones. Las conductas preventivas consideran la presencia de control ginecológico, la realización del Papanicolaou, el uso del preservativo durante los contactos sexuales y la vacunación contra el VPH. Este instrumento fue auto-aplicado en una sala de cada colegio. Los resultados: El 20% de la muestra desconoce la presencia de una vacuna contra el VPH; las adolescentes señalan, factor de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino y tener múltiples parejas sexuales (70.8%), VPH (78.3%) y la herencia (60.3%). La transmisión del VPH mediante relaciones sexuales sin protección es reconocida por 68.2% de la muestra y el 31.1%, las adolescentes sexualmente activas usa preservativo durante las relaciones sexuales.¹¹

García R. (2011). Investigación titulada: Conocimiento sobre prevención del cáncer cervico uterino y VPH en el Municipio de Matanzas. Los resultados refieren que los varones iniciaron sus primeras relaciones sexuales a los 13 años representando un 57.1% y las mujeres a las edades de 13 y 14 años representando 50%. Reconocen como factor de riesgo en la génesis del cáncer cervico –uterino al inicio temprano de las relaciones sexuales 40%, cambio frecuente de pareja sexual

30.9%, juegos sexuales 20%, abortos a repetición 18.2% e infección por virus del papiloma humano 12.7%. El 61.4% de los adolescentes de sexo femenino y 72,8% del sexo masculino, niegan haber recibido información sobre la prevención del cáncer cervico-uterino. El bajo nivel de conocimiento para la prevención de cáncer de cuello uterino predominó en el 92.7% de la muestra. ¹²

López C. (2012). En la investigación: Conocimientos, actitud y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de la ciudad de Armenia, Colombia, encontró que: Del total de entrevistados (100 mujeres), la media de la edad fue de 27,22 años; el 89% de las mujeres tenían poco conocimiento sobre cáncer de cuello uterino. El 51% tenían claro cómo se previene el cáncer de cuello uterino; 88,8% que habían tenido relaciones sexuales se había tomado alguna vez la citología. Existe relación significativa ($p < 0.05$) entre el bajo conocimiento sobre la prevención, detección y periodicidad de la toma de la citología y las edades más bajas. Concluye: No existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva incluidas en el presente estudio. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a recibir atención en la escuela. ¹³

Castro E, (2012). En el estudio de diseño observacional analítico de corte transversal, cuyo objetivo es evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre el virus del papiloma humano en adolescentes estudiantes de secundaria; concluye: El 62.8% sí sabían que es una infección de transmisión sexual, el 79.9% que el preservativo es el método más eficaz para prevenir las infecciones de transmisión sexual, el 35.7% no conocían el VPH o no sabían, que se trataba de un virus; el 89.9% que el VPH se transmite por contacto sexual; el 58.2% que las manifestaciones de la infección por VPH correspondían a verrugas; el 20.1% que correspondían a cáncer; el 70.3% reconocieron al cáncer del cuello uterino como una enfermedad maligna del cuello del útero; el 32.1% conocían la existencia de la vacuna contra el VPH; 52.7% reconoce que se debe al desconocimiento y el 97.4% reconoce que es bueno recibir más información sobre el VPH. ¹⁴

Nacionales

Carrasco J. (2011). Realizó el estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de papanicolaou en mujeres de edad fértil sexualmente activas de la urbanización Las palmeras, en el distrito de Morales, julio - diciembre 2011”, concluyendo que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada sobre el examen de Papanicolaou ($p < 0.05$)¹⁵

Cuenca C. (2011). En su tesis titulada “Nivel de Conocimiento de las trabajadoras sexuales sobre medidas de prevención del cáncer de cuello uterino, atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta en el periodo Abril-Junio del 2011” determinaron el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer de cuello uterino en un grupo de trabajadoras sexuales ($n=40$), encontrando que el 60% de las entrevistadas tenía conocimiento sobre el agente causal del cáncer cervical, el 90% sabía que la vía de contagio es sexual y el 45% considera que el preservativo es el anticonceptivo que protege de la infección. En cuanto al conocimiento sobre los signos y síntomas se observó que la mayoría tuvo un conocimiento adecuado, al igual que los factores de riesgo, es decir más de la mitad de las participantes (60%) tuvo un conocimiento “Medio”¹⁶

Paredes E. (2011). En el estudio “Nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM) - Filial Barranca”; encontró, que la edad promedio en el grupo control (19.84 años) fue ligeramente mayor que el experimental (17.80 años). El 100% de las alumnas de Enfermería fueron solteras a diferencia de un 96.67% de Obstetricia. En cuanto a la prueba de conocimiento sobre el Cáncer de Cuello Uterino y el Virus del papiloma Humano, el 90% desaprobó la prueba antes de la intervención y al final solo el 28.33%. Respecto a la actitud, encontraron una diferencia media entre la prueba basal y a dos meses de la intervención de 2,70 puntos en el control y 35,60 puntos el

experimental. La actitud fue positiva en el grupo experimental a diferencia del control que tuvo actitudes negativas. Cuando las universitarias tuvieron más conocimiento, su actitud mejoró positivamente. ¹⁷

Valdez, E (2015). En su estudio titulado Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarias del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas de Santa Anita, tuvo como resultados que el nivel de conocimiento respecto a la infección del virus papiloma humano es: “Medio” (69.4%), “Alto” (15.3%) y “Bajo” (15.3%). Las actitudes sobre medidas preventivas para la infección por VPH es: “Buena” (88.9%) y “Regular” (11.1%). Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas, se observa que el 71.9% de las usuarias que alcanzaron un conocimiento “medio” tuvieron una actitud “buena” sobre las medidas preventivas acerca del virus papiloma humano y el 50% con conocimiento “bajo” tuvieron una actitud “regular”, observándose un coeficiente de correlación de Rho de Spearman=0.320 y una significancia de 0.01 (p), evidenciándose que existe una relación directa (positiva) y significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por VPH. Concluyendo que el nivel de conocimientos se encuentra relacionado directa y significativamente con las actitudes preventivas sobre la infección por Virus del Papiloma Humano en usuarias que acuden al Centro de Salud “Chancas de Andahuaylas” de Santa Anita durante el primer semestre del 2015. ¹⁸

Salazar S. (2016). En su tesis Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo del 2016, concluye que el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical de las usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal fue de Medio (49%) a Alto (34%). Las usuarias tuvieron una mayor exposición a los factores de riesgo como presentar síntomas o signos de infección vaginal (64.5%), tener de dos a más parejas sexuales (58.7%), tener de dos a más hijos (44.3%), tener una alimentación deficiente de vegetales todos los días (38.8%), inicio de relaciones

sexuales menor o igual a 17 años (36.6%) y haber tenido de dos a más partos (29.9%). Se observó que hubo relación significativa entre el número de parejas sexuales y el nivel de conocimiento sobre cáncer de cuello uterino ($p=0.013$). También hubo una relación significativa entre el nivel de conocimiento bajo sobre cáncer cervical y la alimentación deficiente de vegetales ($p=0.006$).¹⁹

Magallanes V. (2016). En el estudio de investigación Conocimientos de las usuarias sobre prevención de cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud “El Éxito” Vitarte-2013 obtuvo como resultados que el conocimiento general en la prevención del cáncer de cuello uterino; el 77% (23) no conocen y 23% (7) conoce sobre medidas de prevención, y en la dimensión de la prevención primaria; 73% (22) no conoce y 27% (8) conoce, y/o en la dimensión de la prevención secundaria 50% (15) no conoce y 50% (15) conoce. Concluyendo que las usuarias que acuden al Centro de Salud “El Éxito”, no conocen sobre la prevención del Cáncer de cuello uterino, y en la prevención primaria no tienen conocimiento sobre los factores de riesgos. Sin embargo en la prevención secundaria las usuarias conocen y no conocen al realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.²⁰

2.2. TEORÍAS SOBRE EL TEMA

A pesar de los esfuerzos y de la consiguiente acumulación de datos, aun no se dispone de una explicación fidedigna acerca de cómo se transforma una célula y cómo se origina un tumor, sin embargo las variables sociodemográficas pueden limitar el acceso a una buena salud y son importantes. Un limitado o inadecuado conocimiento de la sintomatología pueden causar demora en la búsqueda de atención, causar miedos excesivos, entre otros.

Pasqualini, C (2015) de la Academia Nacional de Medicina de la Argentina hay cinco teorías que intentan explicar la causalidad del cáncer: La teoría más antigua - que aún está en vigencia- habla de virus que causan cáncer. La había sugerido el

estadounidense Peyton Rous en 1911, al descubrir un virus asociado a cáncer en pollos, pero nadie le creyó hasta la década del cincuenta. Rous tenía razón y fue reconocido en 1966 con el Premio Nobel. Hoy se sabe con más firmeza que los virus de las hepatitis B y C pueden causar tumores en el hígado y que ciertas cepas del virus del papiloma humano producen cáncer de cuello uterino, que el virus HTLV-1 - pariente del VIH- está vinculado a leucemias y el virus Epstein-Barr estaría asociado a ciertas formas de linfomas y/o leucemias. En 1969, otros dos estadounidenses, Robert Huebner y George Todaro, mencionaron la palabra "oncogen", postulando que había un gen en el organismo que se podía activar por rayos X o por algún virus o agente cancerígeno y que podía ser responsable de la enfermedad. Más adelante, la investigación de otros científicos llevó a descubrir que hay formas mutadas de genes que pueden inducir el cambio de células normales en cancerosas.²¹

A partir de 1984, también fue ganando espacio la teoría de otros genes encargados de frenar el proceso de descontrol. Son los "genes supresores de tumor", que si fallan, pueden dejar que el cáncer avance. Como lo es el llamado RB1, asociado a casos de retinoblastoma. Michael Bishop, en la década de los noventa, propone la teoría génica, por la cual se postula que se produce una cascada de eventos, que combinan mutaciones de ciertos genes y ausencia o inactivaciones de los genes supresores de tumores. Esa combinación trágica puede ser disparada por el consumo de tabaco, las dietas con grasas en exceso y la radiación ultravioleta, entre otros factores. "Las aparentemente innumerables causas del cáncer -tabaco, sol, amianto, químicos, virus, todos estos y otros agentes- actuarían de la misma manera, tocando sobre un teclado genético para dañar algunos de nuestros genes en nuestro ADN genómico". Pero la cadena de condiciones que deben darse para que las células se vuelvan cancerosas no terminaba allí.²¹

Pasqualini también menciona que "el grupo de células mutadas puede quedarse dormido durante mucho tiempo. Por lo tanto, a principios de esta década, se descubrió que hace falta ayuda del microambiente para que las células se reproduzcan y formen un tumor". Así, apareció la teoría de la inflamación, en la que

tiene un papel protagónico el sistema inmune (sí, el mismo que defiende contra bacterias o virus). Puede generar una respuesta en forma de inflamación, que puede favorecer o impedir el crecimiento de un tumor.²¹

2.2.1. Cáncer de cuello uterino

EL término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es un espectro de epitelios escamosos anormales que comprende desde la displasia leve hasta el carcinoma in situ, habiendo entre ellas semejanza suficiente como para concluir que ambas constituyen diferentes estadios de una misma entidad²²

Las anormalidades que caracterizan a la NIC son: las alteraciones afectan sólo el epitelio de superficie, aunque pueden extenderse a las glándulas; pérdida de la estratificación y de la polaridad celular; ausencia de diferenciación y maduración; las células escamosas tienen diferente tamaño y forma, está aumentada la relación núcleo citoplasma; alteraciones del núcleo y el aumento del número de mitosis e incluso mitosis anormales.

Según la intensidad de estas anormalidades, se distinguen tres grados: NIC, grado I (displasia leve): Las anormalidades afectan sólo el tercio inferior del grosor total del epitelio; NIC, Grado II (displasia moderada), las anormalidades afectan entre un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio; y NIC, Grado III (displasia grave y carcinoma in situ). Las alteraciones se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio.

En la práctica, la introducción del concepto de NIC supone tratamiento a todas aquellas mujeres en las que se diagnostican algún tipo de la misma. Sin embargo, hay un grupo de ellas que probablemente no evolucionaran a carcinoma invasivo. En 1985 el Instituto Nacional del Cáncer introdujo una nueva clasificación llamada de Bethesda, en la que se introduce el concepto de lesión intraepitelial escamosa de bajo y de alto grado: Lesión escamosa intraepitelial (LIE) de bajo grado, comprende epitelios que muestran cambios

en su estructura en la células análogos a la displasia leve y la NIC I. Son lesiones que raramente progresan a carcinoma invasor, los serotipos más comunes encontrados en estas lesiones son los 6 y 11; y Lesión escamosa intraepitelial (LIE) de alto grado. Comprende epitelios con cambios similares a los descritos en la displasia moderada o grave, o a las características de NIC II y NIC III.²³

Esta clasificación si bien parece ser muy práctica, ya que permite predecir si la lesión evolucionará o no de forma maligna; ocasiona dificultad para diferenciarlas una de otra en algunas veces.

Etiopatogenia

El cáncer de cuello uterino es causado por la infección del virus de papiloma humano; este es un ADN virus epiteliotrofo de la familia de los papovaviridae, que están formados por una cápside que rodea al genoma; esta cápside proteica tiene forma de icosaedro y contiene una serie de capsómeros que a modo de antígenos le dan especificidad al virus. Existen más de 100 serotipos del virus, de los cuales 35 se encuentran en infecciones anogenitales y tienden a invadir las células epiteliales del cuello uterino situadas en la zona de transformación, que es la zona más activa en cuanto a replicación celular. El virus ingresa a la zona de transformación por ser un área susceptible; aquí puede unirse o no al genoma celular del huésped y se une al supresor tumoral P53 trayendo consigo la progresión del cáncer cuello uterino.²³

Detección selectiva de la neoplasia intraepitelial y el cáncer de cuello uterino

Zona de Transformación. La neoplasia intraepitelial cervical se desarrolla en la zona de transformación del cuello uterino. Esta zona se encuentra ubicada en la unión de los epitelios cilíndrico del endocervix y escamoso del endocervix, justo por encima del orificio cervical externo del útero. El conocimiento de dicha zona de transformación representa la clave para comprender el método

de detección selectiva del cáncer cervical. Bajo la influencia de los estrógenos parte del endocervix se convierte, con lo que el epitelio cilíndrico queda expuesto al medio químico de la vagina superior. El cambio del PH, junto con otros factores, hace que las delicadas células del epitelio cilíndrico se transformen en epitelio escamoso a través de un proceso de metaplasia. La NIC se desarrolla en esta zona de transformación y es de esta área de la que se toman muestras para la citología vaginal o Papanicolau.²⁴

Factores de riesgo

La mayor incidencia se da en países subdesarrollados, es por ello que ser habitante de uno de estos países viene a ser un factor de riesgo. La mayoría de mujeres sexualmente activas tendrán contacto con el HVP en algún momento, no significa ello que desarrollan algún tipo de lesión; ya que intervienen también el estado de la paciente, aumentando la probabilidad del cáncer si se está inmunodeprimido. El principal factor de riesgo, vendría a ser el no someterse a controles regulares con pruebas de Papanicolau siendo esta la diferencia entre las mujeres de países desarrollados y subdesarrollados. Otros factores de riesgo lo constituyen: conducta sexual de riesgo, pareja promiscuo sexual, malos hábitos higiénicos, virales, susceptibilidad genética a la infección, factores medio-ambientales, grado de paridad²³

Clasificación de las lesiones escamosas intraepiteliales

La nomenclatura actual procede de una modificación de la clasificación de Bethesda y habla de LIE (Lesión intraepitelial escamosa), dividiéndolas en: a) LIE de bajo grado: Equivale a la antigua NIC. Son cambios celulares leves provocados generalmente por infecciones auto limitadas del HPV; b) LIE de alto grado: equivale a las antiguas NIC 2 y NIC 3. Son cambios premalignos; c) ASCUS: (células adenoescamosas de significancia incierta): el patólogo ve en el frotis células que no sabe a ciencia cierta si son malignas o no; y d) AGC (Células glandulares atípicas): son lesiones originadas en las células glandulares en lugar de en las células escamosas. En la última década está

aumentando su incidencia. Lo más frecuente es que todas estas lesiones sean asintomáticas o subclínicas; si se detectarían con la citología vaginal o Papanicolau.²⁴

Cribado de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino

La Técnica para detección temprana del cáncer cervicouterino es el Papanicolau, es una técnica, rápida, sencilla, y está al alcance de las mujeres en el Perú. Se debe iniciar el cribado a los 18 años o antes si el inicio de relaciones sexuales es aún más temprano.²² En mujeres menores de 30 años se aconseja una citología anual. Tras tres citologías anuales negativas puede considerarse su repetición cada 3 años (salvo que existan factores concomitantes de riesgo como ser VIH positivo, promiscuidad sexual, etc.). La técnica citológica más conocida es el test de Papanicolau o la citología de triple toma que obtiene muestra citológica de endocérvix, exocérvix y fondos de saco vaginales. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 99%, aunque ésta es menor para lesiones precursoras del adenocarcinoma. Su sistematización como método de cribado ha reducido la mortalidad por cáncer de cuello uterino en un 50%.²⁴

Una técnica de reciente incorporación al cribado de lesiones cervicales es el test de HPV que mide la presencia o no del virus en las células obtenidas en la citología. El test de HPV tiene un alto valor predictivo negativo, es decir, si la mujer no es portadora de HPV es improbable que vaya a desarrollar una neoplasia cervical. Tanto el Papanicolau como el test de HPV son técnicas de despistaje y no diagnósticas; El test de Schiller utiliza lugol para la tinción del cuello (son sospechosas las lesiones yodo negativas); la tinción del cuello con ácido acético colora las lesiones de blanco.

Diagnóstico de lesiones de cuello uterino: colposcopia y Biopsia

Ante frotis de Papanicolau anormales, están indicadas la colposcopia y biopsia; la primera es una técnica que permite el visionado del cuello uterino

con una lente de gran aumento y toma de biopsia de las zonas sospechosas. Las zonas con lesiones pueden verse a simple vista (mosaicos, punteados basófilos, ulceraciones, leucoplasias etc.); la biopsia por conización permite al patólogo contar con una muestra suficiente para un buen resultado. Una colposcopia es satisfactoria si se ha conseguido ver la unión escamo-columnar.²³

Sintomatología.

La enfermedad en etapas tempranas no suele mostrar síntomas, en cambio la enfermedad en etapas tardías puede presentar sangrado genital, en ocasiones flujo similar al agua de lavar carne, también puede haber secreción serosa, purulenta y dolor.²⁵

Otros síntomas que se pueden encontrar son: sangrado vaginal anormal entre periodos, después de la relación sexual o después de la menopausia; flujo vaginal que no cesa, que puede ser pálido, acuoso, rosado, marrón, con sangre o de olor fétido; periodos menstruales que se vuelven más abundantes y que duran más de lo normal; inapetencia; pérdida de peso; dolor en la pelvis, en las piernas, o en la espalda; fatiga; pérdida de apetito; sangrado muy abundante constante por la vagina y salida de orina o heces por la vagina.²⁵

Detección Temprana

La Prueba de Papanicolaou (citología cervical o cervico-vaginal) es la citología encargada de estudiar las células exfoliadas de la unión escamo-columnar del cuello uterino y ha sido por años la principal prueba de selección para determinar la presencia o la posibilidad de padecer cáncer de cuello uterino, siendo ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, además de ser de bajo costo. Fue desarrollada por el anatomista George N. Papanicolaou en 1943, quien fue el primero en emplear la valoración del material celular del cuello uterino y la vagina para el diagnóstico de carcinoma cervical. Por otra parte, el ginecólogo J. Ernest

Ayre introdujo el uso de una espátula de madera para raspar el cuello uterino, y así reunir células directamente de la zona de transformación. El trabajo de ambos constituyó el pilar del método diagnóstico, que hasta la fecha seguimos empleando.²⁶

A pesar de que la citología cérvico-vaginal convencional tuvo un excepcional éxito como herramienta en la investigación para el cáncer cervical, con una sensibilidad entre el 50-60% (menor de lo comúnmente estimado) y una especificidad del 98%, la tasa de falsos-negativos alta, por errores en la toma de la muestra y en la preparación de la lámina limitó su uso. Para disminuir los errores en la toma se han probado diferentes instrumentos de recolección de la muestra; la espátula de punta extendida parece ser mejor para la recolección de células endocervicales, que la espátula de Ayre que se usa tradicionalmente; lo cual se evidencia a través de una revisión Cochrane que incluyó a ocho ensayos, donde se encontró que la espátula de punta extendida es dos veces más eficaz en la recolección de muestra endocervical, que la espátula de Ayre. Asimismo, el uso de una espátula con citocepillo mejora el índice de toma de muestras adecuadas y es tres veces más efectivo que la espátula sola para recolectar células endocervicales. Por tanto, la combinación más eficaz parece ser el uso de citocepillo con espátula de punta extendida.²⁷

En el Perú, la toma de muestra del PAP se realiza desde el primer nivel de atención (postas y centros de salud) existiendo todo un sistema de referencia y contrarreferencia para el control y seguimiento. Estas actividades de detección, diagnóstico y tratamiento están dirigidas a mujeres que han tenido relaciones coitales, haciendo mayor énfasis en el grupo entre 30 y 49 años y en aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo. Desde el año 2002, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) empezó a elaborar un Plan Nacional de control de Cáncer, luego en el año 2005, el MINSA, a través de la Estrategia Nacional departamento de Prevención y Control de los

Daños No Transmisibles, buscó fortalecer la prevención de daños no transmisibles. Dichas estrategias son brindadas en gran parte por el Ministerio de Salud, ya que cuenta a nivel nacional con la mayor cobertura de servicios de salud, pues el 84.7% de los establecimientos de salud en zonas rurales y urbanas le pertenecen al MINSA, los cuales inciden en la disminución de casos de cáncer de cuello uterino mediante la prueba de Papanicolaou, el cual tiene como principales beneficios: ser un método de tamizaje, ser de bajo costo y de alta efectividad, etc. ²⁸

Exploración física de las mujeres con cáncer de cuello uterino

Gran parte de las mujeres con cáncer de cuello uterino poseen controles de Papanicolau con resultados negativos y por lo tanto a la exploración ginecológica se encuentran aparentemente sanas. Solo cuando el cáncer está avanzado se pueden encontrar ganglios supraclaviculares o inguinales, edema de extremidades inferiores, ascitis o disminución de ruidos respiratorios en la auscultación pulmonar que podrían indicar metástasis. ²⁵

En aquellas con sospecha de cáncer cervicouterino debe hacerse una exploración minuciosa de los genitales externos y la vagina, en busca de lesiones concomitantes. Como se menciona anteriormente el virus del papiloma humano es un factor de riesgo frecuente para el cáncer cervicouterino, vaginal y vulvar. Es posible que las lesiones se vean como crecimientos exofítico o endofítico; como una masa polipoide, tejido papilar o que el cuello uterino tenga forma de barril; que haya una ulceración cervical o una masa glandular, o como tejido necrótico. También puede haber secreción acuosa, purulenta o sanguinolenta. Es por ello que, el cáncer cervicouterino puede simular la apariencia de distintas enfermedades que incluyen leiomioma, pólipo cervical, sarcoma uterino prolapsado, vaginitis, eversión del cuello uterino, cervicitis, amenaza de aborto, placenta previa, embarazo cervical, condiloma acuminado, úlcera herpética y chancro. ²³

Con la exploración bimanual, se puede encontrar tumoraciones producto de cánceres avanzados, presencia de sangre o pus en las paredes del útero. El médico puede palpar el útero crecido a causa de la invasión y crecimiento tumorales. En casos avanzados también se encontrarán compromiso vaginal; al tacto rectal donde se palpara un tabique rectovaginal grueso, duro e irregular entre los dedos índice y medio. La parte proximal de la pared vaginal posterior es la que se invade más a menudo. Además, durante el examen rectal digital pueden palparse el compromiso parametrial, uterosacro y parietal lateral de la pelvis. Es posible que se invadan uno o ambos parametrios; los tejidos afectados se sienten gruesos, irregulares, firmes y menos móviles. Una masa fija indica la probabilidad de que el tumor se haya extendido a las paredes laterales de la pelvis. Sin embargo, una lesión central puede medir hasta 8 a 10 cm de diámetro antes de llegar a estas paredes laterales.²³

Tratamiento

Un tipo de histerectomía radical, llamada de Wertheim- Meigs comprende la extracción de útero, parametrios y rodete de cúpula vaginal, con linfadenectomía pélvica y para aórtica; la histerectomía total que no comprende la extracción de la cúpula vaginal por lo que no se realiza en cáncer de cuello uterino.

En estadio 1 A una conización simple puede ser suficiente en mujeres que deseen tener hijos, una histerectomía total con o sin anexectomía dependiendo de la edad.

En estadios 1A2 no se ha demostrado la eficacia del tratamiento conservador por lo que se recomienda una histerectomía radical modificada con linfadenectomía pélvica.²⁸

En estadios IB y IIA puede hacerse histerectomía radical más linfadenectomía pélvica más radioterapia. En estadio II B no está indicado el tratamiento

quirúrgico más si se realiza radioterapia externa y endocavitaria. Estadio III y IVA radioterapia y braquiterapia.

Medidas de prevención contra el papiloma Virus.

La vacuna contra el virus del papiloma Humano; serotipos 16 y 18 es una vacuna que está indicada para proteger a las mujeres frente a las enfermedades causadas por la infección por el Virus del papiloma Humano que produce cáncer de cuello uterino y lesiones cervicales precancerosas con potencial de convertirse en cáncer. No protege frente a todos los serotipos de VPH pero como se menciona en el presente los serotipos 16 y 18 son responsables de la mayoría de casos de cáncer de cuello uterino. No es infecciosa por lo que no produce enfermedad en las mujeres relacionada al VPH.

La vacuna recombinante de virus inactivados, ofrece protección contra la infección por los principales genotipos oncogénicos de VPH. Se administra 3 dosis: la inicial al primer contacto con el centro educativo o el establecimiento de salud, seguidas de dosis con intervalo de 2 y 6 meses. Se vacuna al 100% de las niñas del 5° grado de primaria (o si la niña no estudia el referente es tener 10 años de edad) con dosis de 0.5 cc por vía intramuscular en el tercio medio de la región deltoidea con jeringa descartable y aguja retráctil de 1 cc y aguja 25 G x 1". La vacuna es de presentación monodosis. La primera dosis en los colegios nacionales y particulares del país al inicio del año escolar, previa orientación e información a los padres, profesores y alumnos. El personal de salud brindará un formato de consentimiento informado a los padres previa información. La 2° dosis a los 2 meses de administrada la primera dosis. La 3° dosis a los 6 meses de administrada la segunda dosis, debiéndose culminar antes del año escolar.²⁹

2.2.2. Actitud de las mujeres frente al Cáncer de Cuello Uterino

Las actitudes, definidas por Moscovici como el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento; son un componente fundamental de las representaciones y son expresadas por las enfermeras durante la práctica. La actitud, por lo tanto, posee diversos componentes que deben tenerse en cuenta en la práctica de enfermería; el primero de ellos es el cognoscitivo, en el cual se encuentran las creencias, valores y estereotipos acerca del objeto; el segundo es el afecto, en el que se entrecruzan los sentimientos y emociones que acompañan con mayor o menor incidencia la actitud, y por último, el conductual, donde se halla reflejada “la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto; es el componente más directamente relacionado con la conducta”³⁰

La actitud es una predisposición aprendida no innata y estable aunque puede cambiar, al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Las actitudes son constructos desde los que se va a explicar el por qué y el cómo de la conducta humana. Las actitudes condicionan fuertemente las distintas respuestas a los diversos estímulos que un individuo recibe de personas, grupos, objetos o situaciones sociales; de acuerdo a las definiciones dadas por diversos autores las actitudes son propias e individuales y esta sujetas al medio que rodea al individuo.³¹

Componentes de la actitud

La actitud posee tres componentes que determinan si las mujeres están actuando de manera cuando se enfrentan a diferentes situaciones.

a. Componente cognoscitivo o de conocimiento

Es el conjunto de datos e información que la persona sabe acerca del objeto ante el cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto

favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Se forma por las creencias y percepciones hacia un objeto; y la información que tenemos acerca de él. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitud. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto. ³²

Existen múltiples definiciones de conocimiento; los diccionarios presentan una amplia diversidad de significados, respecto de la palabra conocimiento:

- La simple enunciación que lo entiende como “acción y efecto de conocer” Obtención de información acerca de un objeto, para dar a conocer una noticia al respecto.
- Una concepción espiritual lo define como cada una de las aptitudes que tiene el alma de percibir, por medio de determinados órganos corporales, las impresiones de los objetos externos.
- Una definición científica: producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas, sobre las que se sabe, o que están contenidas en la ciencia.
- Mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” Por su carácter utilitario, este último aspecto, sirve como marco para incorporar al conocimiento, nuevas experiencias e información. Se toma también como pretexto para indicar, que el conocimiento sólo es útil para la acción. Sin embargo, el sentido más amplio, se refiere a cualquier tipo de conocimiento. En consecuencia, el término conocimiento se puede comprender, como toda actividad o juicio, que de manera explícita o implícita, lleve consigo cierta información. De este modo, entran en la categoría de conocimiento, los descubrimientos científicos, los postulados filosóficos, las habilidades del conductor, las técnicas del profesional, el virtuosismo para manejar objetos, etc., pues en estas

situaciones, existe una creencia informativa que sirve de base; es decir, hay conocimientos.³²

Pedro Chávez, en su libro *Historia de las doctrinas filosóficas* detalla que son tres las condiciones: creencia, validez y evidencia. Para que en el sujeto haya conocimiento, es indispensable que en él se dé la situación subjetiva de “creencia”. La persona debe creer en la certeza de lo que piensa o de lo que afirma. Hay que recordar que la creencia se considera como un estado o una disposición potencial, que permite al sujeto, actuar en cierta forma, cuando se presenta la ocasión adecuada.³³

El conocimiento se halla inmerso en un ambiente histórico social y, en consecuencia, tiene que recibir su influencia. El ser humano nace en determinado tiempo y lugar; en consecuencia, su aprendizaje y su conocimiento se encuentran condicionados por la cultura de la sociedad a la cual pertenezca. A su vez, el hombre influye, en menor o mayor grado, en su sociedad, en otros hombres y en su entorno natural y artificial. De ahí que cuando se habla de influencia de las condiciones históricas sociales, sobre el conocimiento, se enuncia una verdad incompleta. La influencia entre conocimiento y sus condiciones es recíproca.³⁴

b. Componente afectivo o emocional:

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social, es decir se refiere a la corriente emocional o afectiva que vincula al individuo con el objeto de actitud. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto los cuales pueden ser positivos como de agrado, simpatía y hasta de amor por el objeto; o negativos es decir el tono será de desagrado, antipatía, y hasta odio.

c. Componente conductual:

Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud en base a las intenciones, o disposiciones hacia un objeto; es cuando surge una asociación entre objeto y sujeto. Es decir, que el componente reaccional nos indica la disposición a actuar y, de alguna manera, puede ser anticipada esa disposición por el conocimiento que se tenga de los otros dos componentes.³⁴

Factores que influyen en la formación de actitudes

- a. **Factores Personales (Intrínsecos):** referidos a los aspectos inherentes a las personas o partes de éstas. Ejemplo: la edad, la educación, la personalidad, las habilidades, la capacidad o aptitudes hacia algo.
- b. **Factores Institucionales (Extrínsecos):** relacionados con el contexto social, cultural y político. Ejemplo: la familia, los padres, el ambiente en que desempeña sus labores, ya sea trabajo o estudio, la comunicación que puede ser formal o informal.³⁵

Medición de la actitud

En la medición de actitudes se han utilizado tradicionalmente diferentes escalas, las cuales buscan determinar la intensidad de una respuesta como describe: Thurstone (1928); Likert (1932) y Osgood (diferencial semántico)

La forma de medición más común de la actitud es haciendo uso de la escala tipo Likert que está compuesta por un conjunto de afirmaciones o proposiciones ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir, se presenta cada afirmación y se inquiriere al entrevistado que externalice su reacción, eligiendo uno de los puntos de la escala.

Medición según Likert (1932)

Es una escala de actitud de intervalos que pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal. Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto.³⁶

La escala de Likert, es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que se dispone en la investigación social para medir actitud. Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.³⁷

Entre estas ventajas se encuentra una amplia posibilidad de respuestas; también se evita el recurso de los jueces, utilizado en otras escalas, sin que esto repercuta en la alta correlación que se mantiene con respecto a otros métodos para medir actitudes. Bajo la perspectiva de considerar las actitudes como un continuo que va de lo desfavorable a lo favorable, esta técnica, además de situar a cada individuo en un punto determinado (lo que es rasgo común a otras escalas), tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales.

Desde su filosofía, la escala utiliza enunciados o proposiciones, es decir afirmaciones, sobre las que se tiene que manifestar el individuo. Cada elemento o proposición de la escala proporciona una información sobre la actitud de la persona. La acumulación de información y la suma de respuestas, permiten decidir la posición que una persona ocupa en el eje hipotético de la actitud. En este sentido se puede afirmar que cada enunciado proporciona una información que no permite medir completamente la actitud, pero sí identificar sus tendencias. La calificación o puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem, y tendrán un valor de 1 a 3. Para obtener las puntuaciones en la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada fase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1 y el puntaje máximo dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 3. Finalmente se clasifica según el puntaje obtenido en **actitud desfavorable, indiferente o favorable**.³⁶

Antonio Pinilla explica, los niveles de actitud: ³⁸

Actitud Favorable o de aceptación: La actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamientos que se describen como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en una sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo.

Actitud de indiferencia: Es la predisposición aún no definida que traduce ambivalencia entre la aceptación y el rechazo. Antonio Pinilla en su obra "Psicología Social".

Actitud Desfavorable o de rechazo: Cuando una actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que sucinta y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante.

Escala de Stanones

Para aplicarla se trabaja con un valor mínimo y un valor máximo y en base a ello hallar los límites de los intervalos agrupados en tres categorías: favorable, indiferente o desfavorable; siendo así que a partir del valor "a" hacia la izquierda nos indica una intensidad de baja, los valores comprendidos entre "a" y "b" nos indica una intensidad de media y a partir de "b" hacia la derecha indica una intensidad alta. Para determinar la dirección se obtiene la media

aritmética siendo así que todos los valores ubicados hacia la izquierda tienen dirección negativa y en caso contrario la dirección será positiva. La escala de Stanones utiliza una constante de 0.75; la campana de GAUSS, la media aritmética y la desviación estándar del puntaje total.³⁵

2.2.3. Características Sociodemográficas

Son el conjunto de características biológicas, sociales, culturales que describen las características de una población y sus variaciones. Incluye las variables: edad, estado civil (soltera, casada, separada/divorciada, viuda, pareja de hecho), número de personas que conviven en el domicilio familiar, número de hijos, nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios universitarios), profesión, situación laboral (empleada, desempleada, jubilada), lugar de residencia y creencias religiosas.³⁹

2.3. HIPÓTESIS:

2.4.1 Hipótesis alterna

La actitud frente al cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín se relaciona con las características sociodemográficas

2.4.2 Hipótesis nula:

La actitud frente al cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín no se relaciona con las características sociodemográficas

2.4. VARIABLES

2.5.1. Variable dependiente.

Actitud de las mujeres frente al cáncer de cuello uterino

2.5.2. Variable independiente.

Características sociodemográficas de las mujeres atendidas

2.5.3 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA
Variable Independiente: Características Sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, culturales que describen las características de una población y sus variaciones. ⁽⁵¹⁾	Características Sociales	Estado Civil	Soltera
				Conviviente
				Casada
			Grado de Instrucción	Analfabeto
				Primaria
				Secundaria
				Superior
			Ocupación	Ama de casa
				Trabajo independiente
				Profesional
			Religión	Católica
				Protestante
		Ninguna		
		Ingreso económico	Menor de 850 soles	
			850 y 1999	
			Mayor a 2000	
		Características Demográficas	Edad	Menor de 25 años
25 y 40 años				
Mayor de 40 años				
Fecundidad	Ninguno			
	Uno			
	Dos o mas			
Residencia	Urbano			
	Rural			

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	
Variable Dependiente: Actitud de las mujeres frente al cáncer de cuello uterino	Disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia sobre las reacciones de las mujeres respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le s corresponden (45) al contacto con el VPH.	Componente Cognoscitivo	Factores de riesgo del CACU* Prevención del CACU Indicaciones del PAP** Frecuencia del PAP Concepto de VPH*** Utilidad del PAP Vacuna contra VPH Síntomas del CACU Pronostico del CACU	FAVORABLE: Mayor de 16 puntos. INDIFERENTE: De 16 a 22 puntos. DESFAVORABLE Menor de 22 puntos.	FAVORABLE: Mayor de 74 puntos. INDIFERENTE: De 65 a 74 puntos. DESFAVORABLE: Menor de 65 puntos
		Componente Afectivo	Realización periódica Acción del PAP PAP en vida sexual activa Uso de preservativos Exclusiones del PAP CACU y promiscuidad Trato del personal Necesidad de oportunidad del resultado Rapidez de entrega de resultados Operación curativa Cercanía del hospital Ausencia de dolor en el PAP Factores de riesgo (relaciones sexuales) Motivación de la explicación	FAVORABLE: Mayor de 40 puntos. INDIFERENTE: De 35 a 40 puntos. DESFAVORABLE Menor de 35 puntos	
		Componente Conductual	Temores a resultados Realización del PAP Uso del preservativo Alimentación adecuada Higiene Genital	FAVORABLE: Mayor de 14 puntos. INDIFERENTE: De 11 a 14 puntos. DESFAVORABLE Menor de 11 puntos	

*CACU: Cáncer de cuello Uterino

**PAP: Papanicolaou.

***VPH: Virus Papiloma Humano.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se plantea desarrollar un estudio tipo descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal con enfoque cuantitativo. Descriptivo, describe las características sociodemográficas de las personas intervinientes en el estudio, su nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino, así como su actitud frente al mismo. Analítico correlacional porque analiza el comportamiento de ambas variables y las relaciones entre las mismas; de corte transversal por cuanto se estudiaron las variables en un momento dado; y de enfoque cuantitativo porque se hacen uso de magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística.

3.2. AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, que es un establecimiento de salud de Nivel II-1, perteneciente a la Dirección Regional de Salud Cajamarca, ubicado en el distrito y provincia de Celendín, de la Región de Cajamarca. Es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive de la provincia atendiendo a toda la población de los 13 distritos de la provincia, que suman 31,149 habitantes; de los cuales 6,493 son mujeres en edad fértil y 548 son gestantes.

Los recursos del Hospital de Apoyo de Celendín es de 23 camas (17 en hospitalización y 06 en Obstetricia) y de 71 profesionales entre nombrados y contratados. Oferta servicios de atención en Emergencia, Medicina General, Hospitalización, Obstetricia, Enfermería y servicios de atención en Programas de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; reportando en promedio 614 consultas médicas mensuales, así como 83 pacientes hospitalizados en los diferentes servicios.

La Provincia de Celendín es una de las trece que conforman el Departamento de Cajamarca, bajo la administración del Gobierno Regional de Cajamarca. Limita al norte con la provincia de Chota, al este con la Región Amazonas, al sur con las provincias de San Marcos y Cajamarca, y al occidente con la provincia de Hualgayoc. Tiene una altitud de 2645 msnm a una distancia de 105 Km de la provincia de Cajamarca.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 428 mujeres atendidas en consulta externa de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, Cajamarca, desde el 1 de abril al 30 de junio del 2016.

$$N=428$$

3.3.2. MUESTRA:

La selección de la muestra se obtuvo por aleatorio simple durante un periodo de 03 meses. Se realizó el cálculo de la muestra para universos finitos, mediante la fórmula de muestreo para correlación de variables numéricas:

$$n = \frac{z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + (z^2 * p * q)}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

Z = nivel de confianza (correspondiente con tabal de valores de Z)

P = porcentaje de población que tiene el atributo deseado (95%)

Q = Porcentaje de población que no tiene el atributo deseado = 1-p

E = error de estimación máximo aceptado (5%)

N = Tamaño del Universo.

n = 50 mujeres.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

3.4.1. Criterios de inclusión

Mujeres atendidas en el Consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, durante el II trimestre 2016, que firmen el consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de exclusión

Mujeres que no desean participar en el estudio.

3.5. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Cada una de las mujeres, participantes del estudio, que acudieron a consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, Cajamarca, durante el II trimestre 2016.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada en el desarrollo de la investigación ha sido la encuesta y el instrumento utilizado ha sido un cuestionario sociodemográfico y de actitud adaptado de escala tipo Likert.

Técnica e Instrumento

El instrumento aplicado para la recolección de datos fue un cuestionario sociodemográfico y de actitud adaptado por la investigadora dividido en 02 partes. (Anexo 01) La primera para obtener información sobre las características sociodemográficas de las participantes que incluyó 08 proposiciones cerradas: estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión, ingreso económico, edad, número de hijos y lugar de residencia. Los datos sociodemográficos no tuvieron puntaje alguno. Y la segunda parte, escala Likert, conformado por 30 proposiciones, nos proporcionó información sobre las actitudes que poseen las mujeres que acudieron a consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín sobre el cáncer de cuello uterino; de los cuales 10 evalúan el componente cognitivo, 14 el afectivo y 06 el componente conductual, asignándose un puntaje a cada pregunta cuyos valores son desde 1 a 3.

Las proposiciones de ambos cuestionarios han sido tomadas de instrumentos utilizados en otros estudios similares.⁴⁰

Para la medición de la variable se elaboró una tabla de códigos asignándole un valor de 1 a 3: 1 en desacuerdo (D), 2 ni en desacuerdo ni de acuerdo (I), 3 de acuerdo (A). El valor mínimo resultado de la multiplicación del número de ítems por 1 y el valor máximo dado por el número de ítems multiplicado por 3, obteniéndose un puntaje mínimo de 30 y un máximo de 90 puntos.

El nivel de actitud hacia el cáncer de cuello uterino fue categorizado mediante la Escala de Stanones: FAVORABLE, INDIFERENTE Y DESFAVORABLE, de acuerdo a la utilización de una constante de 0.75; la campana de GAUSS, la media aritmética ($x=69.7$) y la desviación estándar ($s=5.9$) del puntaje total (90pts.) según corresponda, con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$ (Anexo N° 04). Dando como resultados:

Categorización:

Actitud sobre el cáncer de cuello uterino.

- **Favorable:** Mayor de 74 puntos
- **Indiferente:** De 65 a 74 puntos
- **Desfavorable:** Menor de 65 puntos

Además considerando las dimensiones de la actitud: cognoscitiva, afectiva y conductual se hace necesario categorizar cada dimensión también en FAVORABLE, INDIFERENTE y DESFAVORABLE haciendo uso de la Escala de Stanones

a. Actitud Dimensión Cognoscitiva: (Anexo N° 4.1)

Media: 19.6; desviación estándar: 4.2; dando como resultados:

Favorable: Mayor de 22 puntos

Indiferente: De 16 a 22 puntos

Desfavorable: Menor de 16 puntos

b. Actitud Dimensión Afectiva: (Anexo N° 4.2)

Media: 57; desviación estándar: 5; dando como resultados:

Favorable: Mayor de 40 puntos

Indiferente: De 35 a 40 puntos

Desfavorable: Menor de 35 puntos

c. Actitud Dimensión Conductual: (Anexo N° 4.3)

Media: 18.7; desviación estándar: 3.6; dando como resultados:

Favorable: Mayor de 14 puntos

Indiferente: De 11 a 14 puntos

Desfavorable: Menor de 11 puntos

De otro lado, a efectos de tener mayor información respecto a las respuestas a las proposiciones del nivel de actitud según dimensión, que fluctúan entre verdaderas, falsas, se ha considerado en base a la estadística descriptiva a través de frecuencias, clasificarlas en **favorable y desfavorable** según corresponda. El criterio de indiferente al enunciado se considerara desfavorable.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se necesitó la aprobación del protocolo del proyecto de tesis: Actitud frente al Cáncer de Cuello Uterino en mujeres atendidas en Consultorio de Obstetricia, Hospital de Apoyo Celendín, según características sociodemograficas, 2016; por parte del Programa de Segunda Especialización en Salud: Enfermería en Oncología y del Jefe del Hospital de Apoyo Celendín así como de la Jefatura de Obstetricia de dicho establecimiento, previa aceptación por parte de la asesora de Investigación.

Posteriormente se tramitó la resolución de aprobación del proyecto en la UNC – Programa de Segunda Especialización en Salud. Una vez obtenido este documento, se presentó las solicitudes y coordinaciones necesarias con las autoridades Hospital de Apoyo Celendín, y con el personal de salud que se encuentra brindando la atención sanitaria para facilitar la ejecución de la investigación y el momento de la aplicación.

Finalmente con el permiso correspondiente, se procedió a aplicar el cuestionario, en horario de atención, de manera aleatoria a las usuarias que asistieron al Hospital de Apoyo Celendín y que cumplieron con los criterios de inclusión, por un lapso de tiempo aproximado de 10 minutos cada una. Por día se aplicaron 10 cuestionarios en consecuencia fueron necesarios un periodo de 05 días para completar la totalidad de la muestra.

La recolección de datos se realizó por la propia investigadora para asegurar el cumplimiento del plan de recolección y se coordinó con el personal de obstetricia del establecimiento para la facilitación en la aplicación del cuestionario.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se elaboró el instrumento usando la escala de Likert, inicialmente con 32 preguntas y cuya validación fue apoyado mediante el criterio de juicio de expertos en el tema (anexo 5), la validación del constructo se realizó mediante la aplicación de

una prueba piloto con el fin de corregir posibles dudas al respecto, esta se aplicó a 10 mujeres que acudieron a consulta de Obstetricia en el Centro de Salud I3 – Sucre. Institución ubicada a 20 minutos en unidad móvil, de la provincia de Celendín; luego de lo cual se excluyeron 2 preguntas de la encuesta relacionado con el componente de conocimientos sobre concepto de cáncer y forma de detección precoz (Pregunta 01: El cáncer de cuello uterino es causado por un microorganismo y pregunta 02: El Papanicolaou deben realizarse solo cuando tienen dolor genital, con lo que se alcanzó una consistencia adecuada (alfa de Cronbach 0.71); en la prueba de actitudes y prácticas no se requirió retirar ninguna, alcanzando igualmente una consistencia adecuada (alfa de Cronbach > 0.60).

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS.

Luego de la aplicación del instrumento, los datos obtenidos se codificaron y digitaron para su procesamiento automatizado en el software Excel utilizando las aplicaciones estadísticas. También se hizo uso del programas estadístico Package for the Social Science (SPSS) versión 23. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones. Finalmente los resultados se presentaron en tablas estadísticas y se realizó el análisis y discusión de los mismos a través de estadística inferencial.

Para ver el grado de relación de las variables estudiadas sobre la base del cálculo se utilizó la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%. Un valor $p \leq 0.05$ se considerará significativo.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación por su concepto y diseño no se contrapone con principios éticos y de bioseguridad. Para desarrollar el estudio se solicitó formalmente los permisos respectivos y se asumió el compromiso de salvaguardar los datos personales de las mujeres participantes; los datos sólo han sido utilizados estrictamente para la realización de este estudio siendo manejados con la mayor cautela y seriedad posible.

En todo momento de la investigación se tomó en cuenta la práctica de los siguientes valores éticos:

- Respeto a la autonomía: Las mujeres participantes del estudio tuvieron plena libertad para decidir voluntariamente si participan o no en el estudio sin el riesgo de exponerse a represalias o un trato precipitado.
- Consentimiento informado: las participantes fueron previamente informadas para tomar voluntariamente la decisión de participar o no en dicho estudio.
- Respeto a la privacidad: los datos tendrán carácter anónimo y se respetó en todo momento la privacidad y confidencialidad de la información, además los datos recolectados serán utilizados sólo para la finalidad del estudio.

La información recolectada estuvo bajo responsabilidad de la investigadora principal garantizándose el resguardo de la información.

Siendo éste un estudio descriptivo, se utilizó un consentimiento informado para poder incluir a las usuarias en el estudio. (Anexo N°3 y 4)

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos, organizados en tablas debidamente analizadas y discutidas a través de la estadística inferencial para determinar y analizar las actitudes frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden a consultorio externo de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II trimestre, 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menor de 25 años	11	22
Entre 25 y 40 años	35	70
Mayor de 40 años	4	8
Grado de Instrucción		
Analfabeto	2	4
Primaria	5	10
Secundaria	22	44
Superior	21	42
Ocupación		
Ama de casa	23	46
Trabajo Independiente	16	32
Profesional	11	22
Religión		
Católica	27	54
Protestante	17	34
Ninguna	6	12
Estado Civil		
Soltera	10	20
Conviviente	20	40
Casada	20	40
Ingreso económico		
Menor de 850 soles	25	50
Entre 850 y 1999 soles	22	44
Mayor de 2000 soles	3	6
Fecundidad		
Ninguno	5	10
Uno	13	26
Dos o mas	32	64
Residencia		
Urbano	25	50
Rural	25	50
Total	50	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico en mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia del HAC. II trimestre 2016.

La tabla 1 evidencia que del total de mujeres que participaron en el estudio, 70% tuvieron entre los 25 y 40 años de edad siendo este grupo el que más acude al consultorio

de obstetricia. Datos que guardan relación con, la evolución de la población de la región Cajamarca en las últimas décadas que refleja en la forma que ha adoptado la pirámide poblacional; así, de haber presentado una base ligeramente más ancha y vértice angosto, en la actualidad se observa una base más reducida y un ensanchamiento progresivo en el centro, lo que refleja un menor número de nacimientos y mayor población en edad activa. Asimismo, se visualiza mayor proporción de población adulta mayor, que indica el inicio del proceso de envejecimiento.⁴¹ Situación a tener en cuenta por cuanto al ser este grupo de edad cada vez mayor las necesidades en salud se incrementaran, la oferta de servicios tendría que modificarse, así como las estrategias educativas para sensibilizarlos adecuadamente y generar compromisos de tal manera que se involucren en su autocuidado y la búsqueda oportuna de atención de salud como medida preventiva, de tratamiento o recuperativo.

Respecto al grado de instrucción, 44% son mujeres con nivel secundario y 42% con nivel superior las que más acuden al consultorio de obstetricia. Y solo un 10% y 4% que tiene nivel primario y analfabetismo acuden a este servicio de salud, evidenciándose un mayor compromiso con la salud de este grupo poblacional y aporta información para trabajar más en la educación sanitaria personalizada con estos últimos grupos para atraerlos al sistema de salud; pues según los resultados de los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007 correspondiente al departamento de Cajamarca, revelan que el nivel de educación de la población de 15 y más años de edad ha mejorado respecto al nivel registrado en el Censo de 1993. En el 2007, el 13,5% de la población de 15 y más años de edad, ha logrado estudiar algún año de educación superior (superior no universitaria 7,0% y universitaria 6,4%), lo que equivale en cifras absolutas a 121,704 personas. Al comparar con los resultados obtenidos con el Censo de 1993, la población con educación superior ha aumentado en 121,2% (66 mil 694 personas).⁴¹

El 46% de las mujeres participantes del estudio es ama de casa, el 32% realizan labores independientes y 22% de ellas se dedican a actividades profesionales. Serían las mujeres dedicadas a las actividades de la casa las que mayormente hacen uso de los servicios de salud públicos y las mujeres que cuentan con trabajos fuera de casa en menor

medida o probablemente acudan a establecimientos de salud privados. Esto pone en evidencia que la participación de la mujer en la fuerza de trabajo, ha ido aumentando gradualmente no obstante la desigualdad en escolaridad suele estar asociada, por ejemplo, con el acceso a oportunidades laborales.⁴²

Más de la mitad de las mujeres que hacen uso de los servicios ofertados por el Hospital de Apoyo Celendín, 54%, profesan religión católica y un 34% son protestantes. Resultados similares se encontró en el estudio hecho por CPI: Estudio de opinión Pública sobre religión realizado por Perú Urbano (2014), en el cual el 76.7% de los peruanos profesan la religión Católica, 16.9% evangélicos, otras religiones 2% y ninguna religión 5,4%.⁴³

La tabla muestra además, la distribución de las mujeres según su estado civil, correspondiendo el más alto porcentaje a la condición de casada y conviviente con un 40% cada uno, sin embargo 20% es de condición solteras, es decir son las mujeres casadas o convivientes las que acuden mayormente al EESS en busca de atenciones preventivas o recuperativas de salud. Criterio a considerar pues según INEI (2014) advierte cambios en el estado civil o conyugal de la población lo que tendrían repercusión en la conformación de las familias.⁴⁴

El 50% de las mujeres participantes del estudio registran ingresos económicos por debajo de los 850 soles y el 44% ingresos menores a los 1999; siendo ambos grupos las que mayormente hacen uso del sistema de salud local comprobándose que hay accesibilidad financiera a la salud, referida a la capacidad de pago de los usuarios y el subsidio público que deberá fortalecerse con miras a la inclusión de las poblaciones más vulnerables en el sistema de protección de la salud. Solo un 6% reportan ingresos mayores a 2000 soles (Porcentaje que reflejaría que mayormente este grupo poblacional último acudiría a establecimientos de salud privados) Este resultados es similar al panorama nacional pues según el INEI (2014), el 31,9% de las mujeres de 14 y más años de edad no tienen ingresos propios, siendo está proporción casi 2,5 veces más que los hombres (12,7%).⁴²

El 64% son mujeres multíparas (dos o más hijos), y un porcentaje menor 10% menciona no tener descendencia alguna. Estas cifras hacen referencia que son las mujeres que tienen hijos las que buscan y demandan atención de salud obstétrica en relación con aquellas que aún no tienen hijos. Por otro lado si consideramos los datos nacionales, INEI (2014), la tasa global de fecundidad para el periodo 2014-2015 para la región Cajamarca es de 2.6 (3) hijos por mujer es necesario fortalecer la oferta de salud reproductiva de las mujeres en los EESS. ⁴⁴

Por otro lado, el 50% representan a mujeres que residen en las zonas rural y urbana respectivamente. Mujeres que presentan diferencia de idiosincrasia social por las características propias de la zona pero evidencian que al sistema de salud de la provincia hay accesibilidad geográfica y cultural. La pirámide de población urbana y rural presenta información sobre varias generaciones y los cambios en la estructura de la población por sexo y edad debido a los patrones históricos de fecundidad y mortalidad diferenciada por área de residencia. Para el área urbana del departamento de Cajamarca, el censo 2007, muestra una población aún joven en la base de la pirámide, y una población en proceso de envejecimiento en las edades a partir de los 55 años. En el área rural del departamento, se aprecia de manera significativa una reducción en la base de la pirámide, en comparación con el área urbana e igualmente el proceso de envejecimiento proporcionalmente es menor que en el área urbana, observándose a partir de los 80 a más años una mayor proporción de mujeres que de hombres. ⁴⁴

Los datos presentados, es necesario mirarlos desde una perspectiva integral, por cuanto la salud es un derecho básico y es el resultado de una serie de factores determinantes como la educación, los estilos de vida, el género, el ingreso económico, la alimentación, el acceso a los servicios de salud, la cultura, etc.

Tabla 2. Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia según respuestas por dimensión. HAC. II trimestre, 2016.

Dimensión	Favorable		Desfavorable		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cognoscitiva						
Factores de riesgo del CACU	11	22	39	78	50	100
Prevención del CACU	30	60	20	40	50	100
Indicaciones del PAP	30	60	20	40	50	100
Frecuencia del PAP	21	42	29	58	50	100
Concepto de VPH	19	38	31	62	50	100
Utilidad del PAP	37	74	13	26	50	100
Vacuna contra VPH	21	42	29	58	50	100
Síntomas del CACU	16	32	34	68	50	100
Tratamiento del CACU	14	28	36	72	50	100
Pronostico del CACU	26	52,0	24	48	50	100
Afectiva						
Realización periódica	50	100	0	0	50	100
Acción del PAP	49	98	1	2	50	100
PAP en vida sexual activa	50	100	0	0	50	100
Uso de preservativos	46	92	4	8	50	100
Exclusiones del PAP	49	98	1	2	50	100
CACU y promiscuidad	47	94	3	6	50	100
Trato del personal	17	34	33	66	50	100
Necesidad de oportunidad del resultado	49	98	1	2	50	100
Rapidez de entrega de resultados	11	22	39	78	50	100
Operación curativa	46	92	4	8	50	100
Cercanía del hospital	35	70	15	30	50	100
Ausencia de dolor en el PAP	39	78	11	22	50	100
Factores de riesgo (relaciones sexuales)	37	74	13	26	50	100
Motivación de la explicación	49	98	1	2	50	100
Conductual						
Temor a resultados del PAP	11	22	39	78	50	100
Realización del PAP	46	92	4	8	50	100
Uso de condón	46	92	4	8	50	100
Alimentación adecuada	25	50	25	50	50	100
Higiene genital	37	74	13	26	50	100
Búsqueda de información	37	74	13	26	50	100

Fuente: Cuestionario de Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II semestre 2016.

En la tabla 2, se muestra que los aspectos cognoscitivos favorables ante el cáncer de cuello uterino están relacionados con la utilidad del PAP (74%), prevención del CACU (60%), las indicaciones del PAP (60%) y el pronóstico del CACU (52%). Aspectos muy favorables por cuanto el Papanicolaou es una prueba sencilla y económica, es la principal prueba para el control del cáncer de cuello uterino pues permite detectar las lesiones pre malignas, con la posibilidad de que un tratamiento sencillo evite que se desarrolle en cáncer. Existen algunas controversias respecto a la periodicidad en la toma del Papanicolaou, pues siempre se ha recomendado que se realice anualmente, sin embargo, la Guía Nacional de atención integral de Salud Sexual y Reproductiva ²⁸, mencionó que el Papanicolaou debe tener una frecuencia de toma de 3 años cuando los resultados hayan sido negativos; al igual que lo estipulado por el Ministerio de Salud de Chile (2010), el cual menciona que la mejor relación costo efectividad se obtiene al realizar el PAP cada tres años y a partir de los 25 años.

No obstante el conocimiento respecto al concepto de VPH y la vacunación contra el VPH es menor del 50% (42% y 38% respectivamente), situación a considerarse pues la vacuna contra el virus del papiloma Humano; serotipos 16 y 18 es una vacuna que está indicada para proteger a las mujeres frente a las enfermedades causadas por la infección por el Virus del papiloma Humano que produce cáncer de cuello uterino y lesiones cervicales precancerosas con potencial de convertirse en cáncer. ²⁹

Los aspectos muy poco conocidos sobre el cáncer de cuello uterino se relacionan con los síntomas del CACU (32%), el tratamiento del CACU (28%) y los factores de riesgo del CACU (22%), reflejando ello la importancia de fortalecer las capacidades en la población haciendo uso de los diferentes medios de comunicación existentes: profesionales de la salud, internet, radio, televisión, centros educativos, revistas, folletos, etc.; tomando como referencia el estudio de Verissimo (2009) quien concluye que la principal fuente de información sobre el examen de Papanicolaou, fue el médico (40,1% de los encuestados), seguido por los amigos y los familiares (20,2%), los trabajadores comunitarios de salud (19,8%), la radio y la TV (8,4%) y otros proveedores de unidades básicas de salud (6,5%) ⁴⁵

La tabla muestra que la actitud según la dimensión afectiva de las mujeres, que acuden al consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín, respecto al Papanicolaou como medida de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino **es favorable** con valores iguales o superiores a 98%. Similares resultados están en relación a la realización periódica, acción del PAP, PAP en la vida sexual activa, necesidad de oportunidad del resultado, exclusiones del PAP y calidad de la motivación de la explicación. Es decir hay una muy buena actitud hacia esta técnica, las misma que se ve fortalecida porque se identifica que la ausencia de dolor durante el PAP (78%) así como la cercanía del Hospital (70%), contribuyen a la realización de esta técnica. Además las mujeres consideran y tiene muy claro que la promiscuidad (94%), el uso de preservativos (92%) y las relaciones sexuales (74%) son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, al mismo tiempo hay una actitud favorable hacia la operación u intervención quirúrgica (92%) como medio para lograr la curación.

Sin embargo hay temores con los factores relacionados con la oferta de servicios de salud del establecimiento, pues solo un 22% de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia del HAC tienen un nivel de confianza favorables respecto a la entrega rápida de los resultados del PAP y un 34% hacia el trato que brinda el personal de salud que trabaja en esta área; es decir un **alto porcentaje** (78% y 66% respectivamente) no tienen un grado de confianza adecuado de su servicio de salud. Es necesario entonces considerar la satisfacción del usuario como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien, consecuencia de la utilización de estos.⁴⁶

Respecto al nivel de actitud conductual hay una actitud positiva hacia la realización del PAP y el uso del condón (92%). No obstante hay un importante porcentaje de mujeres con actitud conductual desfavorable respecto a la Alimentación adecuada (50%), ello puede deberse a que el crecimiento económico junto con las innovaciones tecnológicas y las modernas técnicas de marketing han traído como consecuencia modificaciones mayores en la dieta de las poblaciones que es muy rico en grasas y azúcares y la ingesta de sal es muy superior a los 5g/día recomendados. Estas modificaciones en la alimentación conllevan graves consecuencias, las más visibles de

ellas son el sobrepeso y la obesidad (Ambos factores de riesgo para diversos cánceres) los cuales no sólo se observan en población adulta sino también en población en edad escolar. Entonces es necesario revisar los conceptos de creencias y prácticas del cuidado de la salud como expresiones culturales con el propósito de poner a consideración de los profesionales de la salud aspectos necesarios para brindar un cuidado culturalmente congruente, más humano y efectivo. Partiendo de la concepción de cultura como creación humana que influye y moldea las creencias y las prácticas de las personas.⁴⁶

Tabla 3. Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia según dimensión cognoscitiva, afectiva y conductual. HAC. II trimestre, 2016.

Dimensión	Desfavorable		Indiferente		Favorable		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cognoscitiva	15	30,0	25	50,0	10	20,0	50
Afectiva	7	14,0	35	70,0	8	16,0	50
Conductual	18	36,0	20	40,0	12	24,0	50

Fuente: Cuestionario de Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II semestre 2016

En la tabla se muestra la actitud de las mujeres, que participaron en el estudio, según dimensión cognoscitiva. Un porcentaje de 50% muestran actitud cognoscitiva calificado como indiferencia y 30% como desfavorable, solo un 20% alcanzaron la categoría de favorable. Similares resultados encontró Salazar R, (2016) que concluye que el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical de las usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal fue de Medio (49%) a Alto (34%). Las usuarias tuvieron una mayor exposición a los factores de riesgo como presentar síntomas o signos de infección vaginal (64.5%), tener de dos a más parejas sexuales (58.7%), tener de dos a más hijos (44.3%), tener una alimentación deficiente de vegetales todos los días (38.8%), inicio de relaciones sexuales menor o igual a 17 años (36.6%) y haber tenido de dos a más partos (29.9%)⁽²⁴⁾. Estas diferencias tiene relación aparentemente con el nivel educativo ya que las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Celendín poseen niveles de instrucción menores y por lo tanto los niveles de conocimientos más bajos.

Los resultados evidencian que existe un bajo nivel de conocimiento sanitario de la población y por ende es necesario fortalecer las actividades educativas en salud por ser un factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Los estudios realizados demuestran que el estado de bienestar aumenta de acuerdo con el nivel de educación, lo cual refleja el impacto favorable de éste en el cuidado de la salud, en el cambio de

comportamientos e, igualmente, en el acceso y la utilización efectiva y oportuna de los servicios de salud.

Otra condición que limita el nivel de conocimiento del cuidado individual de la salud es la actual capacidad de los servicios de salud para la entrega de servicios de promoción a nivel individual y colectivo. La nula o limitada disponibilidad de herramientas educativas, las limitadas competencias del personal de salud para educar en el momento del contacto de entrega de servicios de prevención, recuperación de la salud afecta la modificación gradual de las prácticas y decisiones de uso de más servicios preventivos en lugar de los recuperativos.

En cuanto a la actitud según dimensión afectiva, solo el 16% de las mujeres que participaron del estudio alcanzaron la categoría de actitud afectiva favorable acerca del cáncer de cuello uterino, el 70% tiene actitud afectiva indiferente y el 14% son desfavorables. En el estudio de Vigo Luna se encontró un porcentaje (66.23%) de actitud negativa y solo un 28.31% tuvo actitudes favorables.⁴⁷

Esta dimensión afectiva de la actitud está fuertemente relacionado con la calidad de los servicios que oferta el sistema de salud; y según las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) mostraron que entre los años 2004 y 2014 habría habido un cambio importante en las razones por las cuales las personas, pese a necesitar atención, no acceden a los servicios de salud. En el año 2004 la razón por la cual no acudían las personas a realizar consultas en un 24.7% era por falta de dinero, porcentaje que diez años después, el 2014, disminuyó a 8.5%. Esto podría explicarse por el crecimiento de la economía y los ingresos, así como por la expansión del financiamiento público y privado en salud en el país. Sin embargo, otras barreras al acceso, como la distancia geográfica, la falta de confianza y las demoras, crecieron en importancia en el mismo periodo 2004 - 2014, del 12.3% al 17%. Igualmente, barreras como la no tenencia de un seguro, la falta de tiempo y el maltrato del personal de salud, aumentaron su presencia en el mismo lapso del 11% al 23.9%. En otras palabras, se habría dado un desplazamiento en la problemática del acceso a la atención de la salud, en que las

barreras principales habrían pasado de los problemas económicos al tema de la calidad del servicio, sin que eso signifique que haya desaparecido evidentemente la falta de dinero como razón de no consulta.⁴⁸

Respecto, a la actitud según la dimensión conductual, el 24% de las mujeres que participaron del estudio alcanzaron la categoría de favorable acerca del cáncer de cuello uterino, y una porcentaje alto (40% y 36%) tiene actitud afectiva indiferente y desfavorable respectivamente.

Los resultados descritos pueden hacer referencia a un débil manejo de herramientas metodológicas y educativas en promoción para la salud por parte del personal de salud, débil articulación entre sectores Educación y Salud, que origina el escaso involucramiento en la estrategia preventivo-promocional del sector salud.

Tabla 4. Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II trimestre, 2016.

	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	7	14,0
Indiferente	33	66,0
Desfavorable	10	20,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario de Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II semestre 2016

En términos generales, la actitud sobre cáncer de cuello uterino, en las mujeres investigadas es indiferente y desfavorable, así lo evidenciarían el 66% y 20%. Y solamente un menor grupo (14%), las mujeres alcanzaron un nivel de actitud favorable. Se observa que hay relación directa entre actitud cognoscitiva y emocional (a menor puntaje de conocimientos, mejor puntaje de actitudes). Es decir que un incremento de los conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino en la muestra estudiada, incrementará las actitudes positivas hacia el examen. Símiles resultados encontró Carrasco y Valera (2011) encontraron que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada sobre el examen de Papanicolaou ($p < 0.05$) y la actitud favorable con la práctica adecuada del examen de Papanicolaou ($p < 0.05$).¹⁵

Estos resultados, podrían reflejar, limitada capacidad de los servicios de salud para la entrega de servicios de promoción a nivel individual y colectivo, la nula o limitada disponibilidad de herramientas educativas, las limitadas competencias del personal de salud para educar. No obstante las causas básicas están relacionadas con los altos niveles de analfabetismo, la escasa inversión en salud y educación, la pobreza y la cultura tradicional.

Tabla 5. Relación entre la actitud frente al cáncer de cuello uterino y las características sociodemográficas de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC II trimestre, 2016.

	Actitud						X ²	Valor p	OR	IC: 95%
	Desfavorable		Indiferente		favorable					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Edad										
Menor de 25 años	3	6,0%	8	16,0%	0	0,0%	2,84	0,58		(0,09 - 0,31)
Entre 25 y 40 años	6	12,0%	23	46,0%	6	12,0%				
Mayor de 40 años	1	2,0%	2	4,0%	1	2,0%				
Grado de Instrucción										
Analfabeto	1	2,0%	1	2,0%	0	0,0%	26,55	0,001		(0,00 – 0,06)
Primaria	4	8,0%	1	2,0%	0	0,0%				
Secundaria	4	8,0%	18	36,0%	0	0,0%				
Superior no universitaria	1	2,0%	10	20,0%	4	8,0%				
Superior universitaria	0	0,0%	3	6,0%	3	6,0%				
Ocupación										
Ama de casa	7	14,0%	16	32,0%	0	0,0%	14,76	0,005		(0,00 - 0,06)
Trabajo Independiente	3	6,0%	11	22,0%	2	4,0%				
Profesional	0	0,0%	6	12,0%	5	10,0%				
Religión										
Católica	3	6,0%	17	34,0%	7	14,0%	8,41	0,03		(0,00 - 0,06)
Evangélica	5	10,0%	12	24,0%	0	0,0%				
Otros	2	4,0%	4	8,0%	0	0,0%				
Estado Civil										
Soltera	2	4,0%	6	12,0%	2	4,0%	6,89	0,14		(0,04- 0,23)
Conviviente	6	12,0%	14	28,0%	0	0,0%				
Casada	2	4,0%	13	26,0%	5	10,0%				
Ingreso Económico										
Menor de 750 soles	8	16,0%	17	34,0%	0	0,0%	10,81	0,02		(0,00- 0,58)
Entre 750 y 1999 soles	2	4,0%	14	28,0%	6	12,0%				
Mayor de 2000 soles	0	0,0%	2	4,0%	1	2,0%				
Fecundidad										
Ninguno	1	2,0%	3	6,0%	1	2,0%	0,693	0,95		IC: 95%
Uno	3	6,0%	9	18,0%	1	2,0%				
Dos o mas	6	12,0%	21	42,0%	5	10,0%				
Zona de residencia										
Urbano	2	4,0%	15	30,0%	7	14,0%	14,058	0,007		(0,00- 0,058)
Urbano marginal	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%				
Rural	7	14,0%	18	36,0%	0	0,0%				
Total	10	20,0%	33	66,0%	7	14,0%				

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y de Actitud frente al cáncer de cuello uterino de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia. HAC. II semestre 2016

En la tabla 5, se observa que son las mujeres de 25 a 40 años de edad tienen en mayoría (46%) un nivel de actitud acerca del cáncer de cuello uterino de indiferencia; y un 12% desfavorable y favorable. Las mujeres menores de 25 años tienen en mayoría un nivel de conocimientos indiferente (16%), y desfavorable (6%). Ninguna mujer de este grupo de edad alcanza la categoría de actitud favorable. De las mujeres mayores de 40 años la mayoría tienen actitudes indiferentes. La edad actúa en forma independiente del nivel de conocimiento; por consiguiente no se encuentra relación, así lo demuestra el valor de $p > 0.05$. No obstante debe ser considerado esta característica demográfica para las acciones de prevención y control del cáncer de cuello uterino, considerando que según la Sociedad Americana contra el Cáncer, recomiendan que a partir de los 21 años de edad es necesario hacer las pruebas del PAP para detección precoz por cuanto las adolescentes tienen un riesgo muy bajo de padecer cáncer de cuello uterino y una alta probabilidad de que las células anormales del cérvix desaparecerán por sí solas. Según las pautas actualizadas, las mujeres de 21 a 29 años de edad se deberán hacer una prueba de Papanicolaou cada tres años.²⁴

En la tabla se observa que son las mujeres con bajos niveles de educación las que tienen los mayores porcentajes de actitud desfavorable respecto al cáncer de cuello uterino. Se evidencia además que las mujeres analfabetas, con nivel primario y secundario no han alcanzado en ninguna circunstancia la categoría de actitud favorable (0%), determinándose que hay una relación directa entre las variables de grado de instrucción con las actitudes, así lo demuestra los valores del Chi cuadrado (26.55) y el valor de p ($p < 0.001$). El estudio de Valdez, E (2015) relaciona el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano concluyendo que el nivel de conocimientos se encuentra relacionado directa y significativamente con las actitudes preventivas sobre la infección por Virus del Papiloma Humano.¹⁸ Otro estudio que apoya lo encontrado es el López C. (2012) quien concluye que no existe coherencia entre el conocimiento, el pensamiento y las actitudes de las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres más jóvenes tienen un nivel más bajo de conocimientos pese a recibir atención en la escuela.¹³

El 43% de las mujeres dedicadas a las actividades del hogar (amas de casa) tienen el mayor nivel de actitud de indiferencia (32%) en comparación con los demás grupos que realizan trabajos independientes y profesionales. (22% y 12% respectivamente). Para este indicador se evidencia un fuerte nivel de asociación $p < 0.05$, IC (0.00-0.06), concluyéndose que existe relación directamente proporcional. No obstante es necesario recalcar que existe gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren.⁴⁹

En la tabla se observa, además, que de las mujeres que profesan la religión católica, un porcentaje importante (14%) tienen actitud favorable respecto al cáncer de cuello uterino, seguido de un 34% con actitud de indiferencia. En el grupo de mujeres evangélicas no se registra ninguna mujer con actitud favorable pero sí actitudes de indiferencia y desfavorables (24% y 10% respectivamente) que son menores comparadas con las que profesan el catolicismo. Se evidencia un fuerte nivel de significancia $p = 0.03$. (IC 95% de 0,00 a 0,06). Dichos resultados coinciden con las afirmaciones de García B (2005), en su libro *Causas de la baja cobertura del Papanicolaou*, quien menciona que las perspectivas religiosas de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los tamizajes para cáncer de cuello uterino. Entre los obstáculos a la participación de las mismas destacan factores tales como conciencia y conocimiento sobre el problema; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud y a la toma del Papanicolaou. Las mujeres muestran quizás cierta renuencia a someterse al tamizaje porque perciben al cáncer de cuello uterino como un sinónimo de muerte.¹³ Es importante mencionar que el mayor porcentaje de usuarias si pertenece a una religión determinada y esto podría utilizarse como beneficio para que a través de los líderes de cada religión puedan hacerles ver la importancia del autocuidado demostrándolo al realizarse el examen de papanicolaou y por ende acciones de prevención frente al cáncer de cuello uterino.

El 20% del total de mujeres que participaron del estudio tienen actitud desfavorable en relación a su estado civil y solo un 14% tiene una actitud favorable. La actitud indiferente vs estado civil es la más común correspondiendo el 28% a las mujeres convivientes, 26% a las mujeres casadas y 12% a mujeres solteras. No obstante al determinar la relación no se evidencia nivel de significancia favorable ($p > 0,05$; IC: 0,04-0,23), por lo que no guardarían relación de importancia estas variables.

Se observa que la mayoría de las mujeres del estudio, tienen actitud indiferente en relación con el ingreso económico (66%), deficiente (20%) y favorable (14%). De las que tienen actitud indiferente hay un predominio del 34% en aquellas que tienen ingreso menor de 750 soles, seguido con un 28% para los ingresos entre 750 y 1999 soles. La pobreza también viene a ser un factor de riesgo para el cáncer cérvico uterino, muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou, por esta razón es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban el tratamiento para pre cánceres de cuello uterino.⁴⁹

El 20% del total de mujeres que participaron del estudio tienen actitud desfavorable en relación a su estado civil prevaleciendo el grupo de mujeres multíparas, y solo un 14% tiene una actitud favorable concentrándose también en las mujeres multíparas. Las actitudes de indiferencia vs la paridad es predominante en el grupo de estudio con un 66%, de los cuales 42% corresponden a multíparas, 18% a primíparas y un 6% a mujeres sin hijos. Estos datos deben tenerse muy en cuenta pues para el cáncer de cuello uterino la multiparidad es un factor de riesgo, pues las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto a las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; con cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta el riesgo cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su flujo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.⁴⁷ Para el presente estudio no se evidencia nivel de significancia fuerte ($p > 0,05$)

En relación a la zona de residencia, las mujeres que residen en la zona rural en mayor porcentaje tienen indiferente nivel de conocimiento (36%) y el 20% nivel desfavorable. Las mujeres que viven en zona urbana en el 30% su nivel son de indiferencia y en el 14% es favorable. Las mujeres de las zonas urbano marginales en su totalidad tuvieron nivel desfavorable. Se observa también que existe un nivel de significancia y asociación entre las variables considerablemente importante ($p=0.007$), por lo que se determina que hay una fuerte relación entre las mismas.

Los resultados encontrados evidencian las relaciones entre las características sociodemográficas de la población y la actitud. Este último condicionado por el nivel de analfabetismo, con mayor predominancia en mujeres de la zona rural y urbano-marginal, pero además el débil manejo de herramientas metodológicas y educativas en promoción para la salud por parte del personal de salud y la débil articulación entre sectores Educación y Salud. Además refleja la baja capacidad de los gobiernos locales en acciones sanitarias. Sin embargo, también, es necesario reconocer que los altos niveles de analfabetismo, la escasa inversión en salud y educación, la pobreza, la cultura tradicional y la exclusión en salud y educación son factores determinantes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín en el II trimestre del año 2016, en su mayoría son entre 25 y 40 años de edad, nivel secundario, ocupación amas de casa, religión católica, convivientes, ingresos económicos menores a 850 soles, fecundidad mayor a 02, y lugar de residencia rural.
2. La actitud que tienen las mujeres atendidas en consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín en el II trimestre del año 2016 frente al cáncer de cuello uterino en su mayoría es de indiferencia.
3. Existe relación altamente significativa para las variables de grado de instrucción ($p= 0.001$), ocupación ($p= 0.005$), religión ($p= 0.003$), lugar de residencia ($p= 0.007$); significativa para ingreso económico ($p= 0.02$) y; no habiendo relación con el estado civil ($p= 0.14$), número de hijos ($p=0.09$) y la edad ($p= 0.58$); comprobado con la prueba estadística de Chi-Cuadrado.
4. Queda corroborada la Hipótesis Alternativa.

4.2. RECOMENDACIONES

1. Las autoridades de las instituciones de salud, educación, en el corto plazo, deberán fortalecer las acciones de coordinación y articulación para garantizar la implementación de estrategias de prevención de riesgos, promoción de hábitos y comportamientos saludables y fomento de cultura sanitaria de la población de la Región Cajamarca, tomando en cuenta los factores sociodemográficos.
2. Es necesario hacer conocer a los profesionales de la salud, de la red de salud Celendin, los resultados de esta investigación con el fin generar sensibilización de la población en general sobre el problema del cáncer de cuello uterino, factores de riesgo y los mecanismos de control; y de las autoridades sanitarias para fomentar la promoción de políticas y programas adecuados de prevención y control.
3. Las autoridades de la Dirección Regional de Salud Cajamarca deberán, en el menor tiempo, fortalecer las capacidades técnicas y el manejo de herramientas metodológicas y educativas en promoción de la salud por parte del personal de salud a fin de promover campañas de control y prevención del cáncer de cuello uterino, instruir en conductas sexuales sanas, y otros métodos de protección en las mujeres que acuden al consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Celendín.
4. Todas las autoridades, en particular las de la Dirección Regional de Salud y Educación, deberán utilizar los diferentes medios de comunicación como internet, televisión radio para la difusión de mejores conductas que disminuyen la, propagación del cáncer de cuello uterino, educar a las personas en la reducción de hábitos de riesgo para su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Ferlay J, Shin HR, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2012.
- 2 Alliance for Cervical Cancer Prevention Members. Prevención del Cáncer Cervicouterino. New York, USA: 2014.
- 3 Organización Mundial de la Salud. El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento. Ginebra: 2017.
- 4 Liria D. Epidemiología Descriptiva de Neoplasias Malignas. 1ª ed. Lima, 2012,
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino en las Américas, 2014. Washington: 2014.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino magnitud del problema: Fundamentos en planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Tercera edición. Washington: 2002.
- 7 Ministerio de Salud. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Lima: Dirección General de Epidemiología, 2013.
- 8 Brunswick, N., Wardle, J. Cáncer Causes and Control. London, Reino Unido: Departamento de Epidemiología y Salud Pública, 2011.
- 9 Mendoza, F. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de las neoplasias más frecuentes atendidas en el Hospital Escuela Universitario. Vol. 13. Honduras: MedPub Journals, 2017.
- 10 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Conocimiento, actitudes y autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS. Perú, 2008.
- 11 Concha X, Riquelme G. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. Revista Chilena de Infectología. 2012; (6)600-606
- 12 García R, Torres A. Conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en los adolescentes. Revista Médica. 2011;33.

- 13 López Ch., Calderón M. Actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna de la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*. 2013; 19(1):14-20.
- 14 Castro E. Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cervico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes Chilenos. *Revista de ciencias biomédicas*, 2012.
- 15 Carrasco, J., Valera, L. Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el Distrito de Morales, Julio – Diciembre 2011. [Tesis de pregrado] . Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín. 2011.
- 16 Cuenca C, Vega J. Nivel de Conocimiento de las trabajadoras sexuales sobre medidas de prevención del cáncer de cuello uterino, atendidas en el Centro de Salud Madre Teresa de Calcuta en el periodo Abril-Junio del 2011. [Tesis de pregrado] . Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
- 17 Paredes E. Intervención educativa para el evaluar el nivel de conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino y el virus del Papiloma humano en estudiantes de la UNASAN. [Tesis de pregrado]. Barranca, Perú: UNASAN, 2010.
- 18 Valdez, E. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarias del Centro de Salud Chancas de Andahuaylas de Santa Anita. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
- 19 Salazar R. Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer cervical y la exposición a sus factores de riesgo en usuarias atendidas en los consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
- 20 Magallanes V. Conocimientos de las usuarias sobre prevención de cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud “El Éxito” Vitarte-2013. [Tesis Doctoral]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
- 21 Pasqualini, C. En busca de la causa del cáncer. 2015. 67(5): 517-520.
- 22 Gonzales M. *Ginecología Oncológica*. 8va edición. Barcelona: Editorial Masson; 2003

- 23 John, O., Schorge J, et al. Williams Ginecología. Primera Edición. México: McGraww-Hill Medical;2008.
- 24 Difre, J., Mawogan, B. Ginecología y Obstetricia Clínica. Segunda edición. España; 2005.
- 25 Ahued, R., Fernández, C,. Ginecología y Obstetricia Aplicada. Segunda Edición. México; 2003.
- 26 Muñoz, G., Sánchez, J., et al. Frecuencia de las diferentes clases de Papanicolaou en pacientes atendidas en el Departamento de Biología Celular, FMBUAP de 2001-2006. Acta Científica Estudiantil 2009; 7(2):67-75.
- 27 Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2005; 56(1):59-67.
- 28 Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev. Peruana de Epidemiología. 2010; 14(1): 1-11.
- 29 NTS N° 080 - MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.
- 30 Moscovici S. Psicología social. España: Paidós; 1988. p. 302.
- 31 Psicología Social” de R. Barón y D. Byrne – Editorial Prentice Hall – ISBN 0- 205-944-X.
- 32 Carrión, Juan. Conocimiento. Fundación Iberoamericana del Conocimiento. 2005. Disponible en Internet: http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm.
- 33 Chávez, P. Historia de las doctrinas filosóficas. Tercera Edición. México: Editorial Pearson; 2008.
- 34 Díaz, E. La Posciencia. El Conocimiento en las Postrimerías de la Modernidad. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2000.
- 35 Murillo, J. Cuestionarios y escalas de actitud. Facultad. Madrid, España: de Formación de Profesorado y Educación; 2010.

- 36 Ospina Rave, Beatriz Elena; Sandoval, Juan de Jesús. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003
- 37 Malavé, Néstor. Modelo para enfoques de investigación acción participativa programas nacionales de formación, Escala tipo Likert. Ministerio de Educación, Venezuela.
- 38 Pinilla A. Medición de las actitudes. Lima: Iberoamericana; 2011.
- 39 Diccionario Demográfico Multilingüe; en español; 2da. ed a/c de Maccio G, Centro Latinoamericano de Demografía y Unión Internacional para el Estudio Científico de la Po.; Lieja (Bélgica): Ed Ordina; 1985.
- 40 Bazán F., Posso M., Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Anales de la Facultad de Medicina Lima. 2007; 68(1): 47-54.
- 41 Dirección Regional de Salud Cajamarca. Análisis de Situación de Salud del departamento de Cajamarca. Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2016. 2017.
- 42 Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Avances hacia la igualdad entre mujeres y hombres: Brechas de género. Perú; 2015.
- 43 Compañía de Estudio de Mercado y Opinión Pública. Estudio de opinión Pública sobre religión. Junio 2014.
- 44 Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Día Mundial de la Población. Perú; 2013.
- 45 Veríssimo, J., Lacerda, et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2009; 43 (5).
- 46 Zamberlin, N., Thouyaret L, et al. Lo que piensan las mujeres: Conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del PAP. 2a ed.
- 47 Ortiz, R., Uribe, C, et al. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004; 55(2): 146-160.
- 48 Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La Salud Hoy: Problemas y Soluciones; 2015.
- 49 Malagón, M., Fajardo V, et al. Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario escalona Requena. Cuba 2012.

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE ACTITUD:

INTRODUCCIÓN

Sra., Srta. Soy estudiante de la Segunda Especialidad de Epidemiología de la Universidad Nacional de Cajamarca, y estoy desarrollando una investigación que tiene como título: **ACTITUD ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL DE APOYO CELENDIN, 2016**, para lo cual he elaborado una ficha de recolección de datos. Sus respuestas y su participación serán anónimas; nadie le solicitará que escriba su nombre en ninguna parte de la ficha. El análisis de los datos agrupará a todo el personal para proteger el anonimato y los resultados se usarán para mejorar la prestación de los servicios de salud en relación a esta enfermedad no transmisible. Agradezco anticipadamente su gentil participación.

Nombre del entrevistador:

Código:

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. **Edad:**años.

Menor de 25 años () Entre 25 y 40 años: () Mayor de 40 años: ()

2. **Grado Instrucción:**

Analfabeta: () Primaria: () Secundaria: () Superior No Universitaria: () Superior Universitaria: ()

3. **Ocupación:**

Ama de casa () Trabajo independiente: () Profesional: ()
Otros:.....

4. **Religión:**

Ninguna () Católica: () Evangélica: () Otros:.....

5. **Estado civil:**

Soltera: () Conviviente: () Casada: () Divorciada () Viuda: ()

6. **Ingreso familiar:**

Menor de 850 soles:() Entre 750 y 1999 soles:()

Mayor de 2000 soles ()

7. **Fecundidad**

Ninguno () Uno: () Dos o más: ()

8. **Lugar de residencia**

Urbano () Urbano marginal: () Rural: ()

B. ACTITUDES SOBRE CANCER DE CUELLO UTERINO

A continuación se le presenta una lista de enunciados o proposiciones, los cuales deberá responder, marcando con una equis (x) la casilla correspondiente a la columna que considere correcta, utilizando los siguientes criterios: De acuerdo, Indiferente y Desacuerdo

3	2	1
Favorable	Indiferente	Desfavorable

	Enunciado	Alternativa de respuesta		
		1	2	3
ACTITUD DIMENSION COGNOSCITIVO				
1	El inicio precoz de las relaciones sexuales aumenta el riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino.			
2	La vacuna contra el virus del papiloma humano previene el cáncer de cuello uterino			
3	El Papanicolaou solo deben realizarse las mujeres que tienen hijos.			
4	La toma de Papanicolaou debe ser cada 5 años.			
5	El virus de papiloma humano es el que produce cáncer de cuello uterino			
6	El Papanicolaou es un examen que consisten en extraer una muestra del cuello uterino			
7	La vacuna contra el virus de papiloma humano solo es para mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales.			
8	En la mayoría de mujeres el cáncer de cuello uterino no presenta síntomas visibles			
9	La conización es el tratamiento para el cáncer de cuello uterino en estadio inicial			
10	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad grave sin tratamiento			
ACTITUD DIMENSION AFECTIVO				
11	Pienso que realizar el Papanicolaou es un procedimiento importante			
12	Solo me dejaría tomar el Papanicolaou si es una mujer quien lo realiza.			

13	Pienso que el tener más de un compañero sexual influye para desarrollar cáncer de cuello uterino.			
14	No usar condón en las relaciones sexuales aumenta la posibilidad de sufrir cáncer de cuello uterino			
15	Las mujeres mayores de edad que no tienen compañero sexual deben hacerse el Papanicolaou			
16	Pienso que todas la mujeres que tienen relaciones sexuales deben hacerse el PAP			
17	El trato del personal de salud influye para que decida realizarme el Papanicolaou			
18	Considero que no hay necesidad de conocer los resultados del Papanicolaou.			
19	La demora en la entrega de los resultados ocasiona mi falta de interés en realizar el Papanicolaou.			
20	Estaría dispuesta a operarme si fuera necesario			
21	La lejanía al centro de salud influye para no acudir a realizarme el Papanicolaou.			
22	El dolor o incomodidad que ocasiona el examen del Papanicolaou influye para no realizarlo.			
23	El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que solo les da a las mujeres promiscuas.			
24	La explicación que brindan los profesionales de la salud motiva a realizarme el Papanicolaou.			
ACTITUD DIMENSION CONDUCTUAL				
25	El temor a un Papanicolaou anormal evita que acuda a conocer mis resultados.			
26	Me realizo el Papanicolaou periódicamente para prevenir del cáncer de cuello uterino			
27	Uso condón en las relaciones sexuales porque disminuyo el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino			
28	Mi alimentación es a base de verduras para reducir el posible riesgo de cáncer de cuello uterino.			
29	Me hago mi higiene genital diaria porque previene el cáncer de cuello uterino			
30	Me informo continuamente sobre la prevención del cáncer de cuello uterino			

Gracias por su colaboración.

**ANEXO “2”:
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “**ACTITUD ACERCA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA, HOSPITAL DE APOYO CELENDIN, 2016**”. Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, deposito la plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma

**ANEXO “3”
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Estimada estudiante: Yo, **Blanca Aurora Palomino Colona**, investigadora del presente estudio, me comprometo a guardar la máxima confidencialidad en cuanto a la información que se me brinde a través del instrumento, así mismo manifiesto que los resultados del presente estudio no le causara perjuicio alguno.

Atte.

Lic. Blanca Aurora Palomino Colona
Responsable de la investigación

ANEXO 4

CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES NIVEL DE ACTITUD

Para establecer los intervalos de se aplicó la Escala de Stanones en la campana de Gauss a través de los puntajes parciales y el puntaje total del instrumento, así mismo de una constante de 0.75 y la campana de Gauss, obteniéndose la media aritmética (x) y la desviación estándar (s) de los puntajes con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$.

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

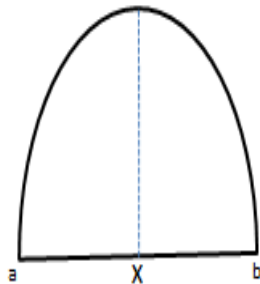
1. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 69.7$$

2. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 5.9$$

3. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$a = x - 0.75 (s)$$

$$b = x + 0.75 (s)$$

$$a = 69.7 - 0.75 (5.9)$$

$$a = 65$$

$$B = 69.7 + 0.75 (5.9)$$

$$a = 74$$

- **Favorable:** Mayor de 74 puntos
- **Indiferente:** De 65 a 74 puntos
- **Desfavorable:** Menor de 65 puntos

ANEXO 4.1
CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES
ACTITUD DIMENSION COGNOSCITIVA

Para establecer los intervalos de se aplicó la Escala de Stanones en la campana de Gauss a través de los puntajes parciales y el puntaje de la actitud dimensión cognoscitiva, así mismo de una constante de 0.75 y la campana de Gauss, obteniéndose la media aritmética (x) y la desviación estándar (s) de los puntajes con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$.

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

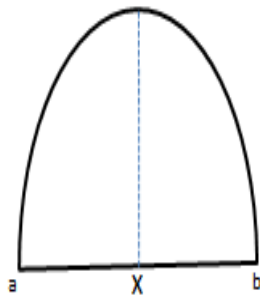
4. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 19.6$$

5. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 4.2$$

6. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$a = x - 0.75 (s)$$

$$b = x + 0.75 (s)$$

$$a = 19.6 - 0.75 (4.2)$$

$$a = 22.4$$

$$B = 105.5 + 0.75 (10.8)$$

$$a = 16$$

- **Desfavorable:** Menor de 16 puntos
- **Indiferente:** De 16 a 22 puntos
- **Favorable:** Mayor de 22 puntos

ANEXO 4.2
CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES
ACTITUD DIMENSION AFECTIVA

Para establecer los intervalos de se aplicó la Escala de Stanones en la campana de Gauss a través de los puntajes parciales y el puntaje de la actitud dimensión afectiva, así mismo de una constante de 0.75 y la campana de Gauss, obteniéndose la media aritmética (x) y la desviación estándar (s) de los puntajes con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$.

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

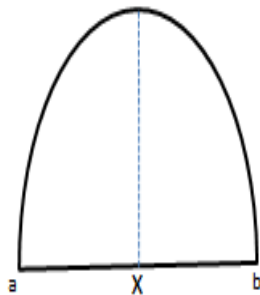
7. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 37.7$$

8. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 3.7$$

9. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$a = x - 0.75 (s)$$

$$b = x + 0.75 (s)$$

$$a = 37.7 - 0.75 (3.7)$$

$$a = 40.4$$

$$B = 37.7 + 0.75 (3.7)$$

$$a = 34.9$$

- **Desfavorable:** Menor de 35 puntos
- **Indiferente:** De 35 a 40 puntos
- **Favorable:** Mayor de 40 puntos

ANEXO 4.3
CATEGORIZACIÓN MEDIANTE ESCALA DE STANONES
ACTITUD DIMENSION CONDUCTUAL

Para establecer los intervalos de se aplicó la Escala de Stanones en la campana de Gauss a través de los puntajes parciales y el puntaje de la actitud dimensión conductual, así mismo de una constante de 0.75 y la campana de Gauss, obteniéndose la media aritmética (x) y la desviación estándar (s) de los puntajes con cuyos resultados se calculó los puntos de corte: $a = x - 0.75 (s)$ y $b = x + 0.75 (s)$.

Procedimiento:

Conocimiento total sobre el cáncer de cuello uterino.

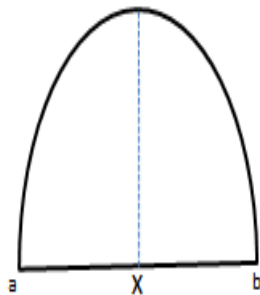
10. Se determinó el promedio. (x)

$$x = 12.4$$

11. Se calculó la desviación estándar. (DS)

$$S = 1.9$$

12. Se establecieron los valores de “a” y “b”.



$$a = x - 0.75 (s)$$

$$b = x + 0.75 (s)$$

$$a = 12.4 - 0.75 (1.9)$$

$$a = 10.9$$

$$B = 12.4 + 0.75 (1.9)$$

$$a = 13.8$$

Favorable: Mayor de 14 puntos

Indiferente: De 11 a 14 puntos

Desfavorable: Menor de 11 puntos

ANEXO N° 5

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)
 “ACTITUD FRENTE AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN CARACTERÍSTICAS
 SOCIODEMOGRÁFICAS, EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA,
 HOSPITAL DE APOYO CELENDIN, 2016”

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	Total	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0.85	0.85	0.80	2.50	0.83
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables.	0.85	0.80	0.85	2.50	0.83
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0.82	0.90	0.78	2.50	0.83
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.70	0.80	0.85	2.35	0.78
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.85	0.80	0.80	2.45	0.82
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0.90	0.85	0.85	2.60	0.87
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0.90	0.90	0.90	2.70	0.90
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0.80	0.90	0.85	2.55	0.85
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0.85	0.90	0.79	2.54	0.85
TOTAL		7.52	7.70	7.48		7.56
Es válido si $P \geq 0.60$						0.84

CODIGO	JUECES O EXPERTOS
A	Mg. Miguel Caicay Llontop
B	Epid. Walter Edwin Anyaypoma Ocon
B	Mg. César Guailupo Álvarez

ANEXO 06

SISTEMATIZACION DE DATOS

	DIMENSION ACTITUD COGNOSCITIVA										TOTAL	CALIFICACION	DIMENSION ACTITUD AFECTIVA										TOTAL	CALIFICACION	DIMENSION ACTITUD CONDUCTUAL						TOTAL	CALIFICACION	TOTAL GRAL	CLASIFICACION				
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10			A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10			A11	A12	A13	A14	A15	A16					A17	A18	A19	A20
E1	1	1	1	3	2	1	1	3	1	2	16	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	38	INDIFERENTE	1	2	3	3	2	1	12	INDIFERENTE	66	INDIFERENTE
E2	1	1	1	3	1	3	1	2	1	3	17	INDIFERENTE	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	2	3	37	INDIFERENTE	1	3	1	1	3	1	10	DESFAVORABLE	64	DESFAVORABLE
E3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	22	INDIFERENTE	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	40	FAVORABLE	1	3	3	2	1	3	13	INDIFERENTE	75	FAVORABLE
E4	3	1	1	3	2	3	3	1	1	3	21	INDIFERENTE	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	36	INDIFERENTE	1	3	1	3	3	1	12	INDIFERENTE	69	INDIFERENTE	
E5	1	1	1	3	2	1	1	1	1	3	15	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	39	INDIFERENTE	1	3	3	1	1	1	10	DESFAVORABLE	64	DESFAVORABLE	
E6	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	16	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	38	INDIFERENTE	1	3	3	2	3	1	13	INDIFERENTE	67	INDIFERENTE	
E7	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	14	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	37	INDIFERENTE	1	3	3	3	3	3	16	FAVORABLE	67	INDIFERENTE	
E8	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	16	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	38	INDIFERENTE	1	2	3	1	3	1	11	DESFAVORABLE	65	INDIFERENTE	
E9	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	15	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	3	36	INDIFERENTE	1	3	3	3	3	2	15	FAVORABLE	66	INDIFERENTE
E10	1	3	3	3	1	3	1	3	3	3	24	FAVORABLE	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	38	INDIFERENTE	1	2	1	2	3	1	10	DESFAVORABLE	72	INDIFERENTE
E11	1	1	1	3	1	1	2	1	1	3	15	DESFAVORABLE	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	1	3	3	37	INDIFERENTE	1	3	3	3	1	1	12	INDIFERENTE	64	DESFAVORABLE	
E	1	3	3	2	3	3	1	3	3	2	24	FAVOR	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3	38	INDIFE	1	3	3	1	3	1	12	INDIFE	74	INDIFE

