



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PRUEBA DEL
PAPANICOLAU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
CHANCAY 2014**

BACHILLER:

TORERO VEGA, KATHERIN DAYANA

HUACHO - PERÚ

2015

DEDICATORIA

Este presente trabajo de investigación está dedicado a mis padres Eduardo y Marina por impulsarme día a día, y apoyarme incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por haberme guiado en todo momento, haciéndome vencer barreras que se me han presentado en el caminar de la vida y llegar a este punto en que aspiramos muchos, pero por diferentes motivos no podemos lograrlo.

Expreso mi sincero agradecimiento a mis asesores y a todos los docentes quienes formaron mi carrera profesional de Obstetricia por sus sabias enseñanzas y aportes; que me han permitido la elaboración del presente trabajo de investigación. Espero haber contribuido de alguna manera al desarrollo del conocimiento.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal, determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Es un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, el diseño de investigación utilizado fue el de no experimental, transaccional (en el tiempo) y correlacional. Se utilizó la técnica de la encuesta, teniendo como instrumento el cuestionario. El procesamiento estadístico de los datos se realizó por medio de la aplicación del paquete estadístico SPSS en su versión 21. Se trabajó con una población de 142 mujeres en edad fértil, teniendo como muestra 60 mujeres en edad fértil, en esta investigación se encontró que casi la totalidad de las mujeres han iniciado su vida sexual, el 56,7 % tuvo su primera relación sexual entre los 14 a 17 años y el 38,3 % ha tenido dos compañeros sexuales, en cuanto a las características reproductivas el 36.7% de mujeres tuvieron un parto solamente, el 86% utilizan un método anticonceptivo y el 96,7% no han tenido alguna infección de transmisión sexual. El 96,7% si conocen para qué sirve la prueba de Papanicolaou. En relación a la actitud, el 53,3% de las personas encuestadas si han solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años mostrando así una actitud positiva. El 93,3 % de las mujeres considera que se debe realizar la prueba anualmente. El 83.3 % opina que si tiene la disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud a realizarse el examen de Papanicolaou. Existe un alto conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay 2014; Como la actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 depende del nivel de conocimiento que tengan sobre la prueba del Papanicolaou. Se puede indicar que existe relación entre estas dos variables. El valor obtenido de 0,443 significa una correlación moderada y directa entre estas dos variables.

Palabras clave: Nivel de conocimiento y actitud sobre la prueba del Papanicolaou.

ABSTRACT

The present research had as main objective, to determine the relationship between the level of knowledge and attitude about the Pap test in women treated at the Hospital Chancay, 2014. A study an observational, prospective, transversal and analytical type, research design used was not experimental, transseccional (in time) and correlation. The survey technique was used, with the instrument the questionnaire. Statistical data processing was performed by means of the application of statistical package SPSS version 21. We worked with a population of 142 women of childbearing age, with the sample 60 women of childbearing age, this research found that almost all women have started their sexual life, 56,7% had their first sexual intercourse between 14-17years and 35% had two sexual partners in terms of reproductive characteristics 36.7% of women had a birth only 86% use a contraceptive method and 96,7% have not had any sexually transmitted infection. 96.7% if they know what it is for the Pap test. Regarding attitude, 53,3% of respondents have not requested that the test conducted in the last three years and showing a negative attitude. 93,3% of women believe they should be tested annually. 83.3% think it should be tested in a given time because it can detect cancer early. There is a high awareness of the Pap test in women treated at the hospital Chancay, 2014, as the attitude of the women attending the Chancay Hospital in 2014 depends on the level of knowledge they have about the Pap test. You can indicate that there is a relationship between these two variables. The obtained value of 0.443 means a moderate and direct correlation between these two variables.

Keywords: Level of knowledge and attitudes about Pap tests

ÍNDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Delimitación de la investigación	15
1.2.1. Delimitación espacial	15
1.2.2. Delimitación teórica	15
1.2.3. Delimitación temporal	15
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema principal	15
1.3.2. Problemas Específico	16
1.4. Objetivos de la investigación	16
1.4.1. Objetivo general	16
1.4.2. Objetivos secundarios	16
1.5. Hipótesis	17
1.5.1. Hipótesis principal	17
1.5.2. Hipótesis secundaria	17
1.6. Justificación del estudio	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del Estudio	19
2.1.1. Antecedentes Nacionales	19
2.1.2. Antecedentes Internacionales	21
2.2. Bases teóricas	24

2.2.1. Cáncer Cervical	24
2.2.2. Prueba del Papanicolaou	25
2.3. Definición de Términos	47

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	49
3.2. Diseño de investigación	49
3.3. Población y muestra de investigación	50
3.3.1. Población	50
3.3.2. Muestra	50
3.4. Variables	51
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
3.5.1. Técnicas	53
3.5.2. Instrumentos	53

CAPÍTULO IV. RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Resultados	54
4.2. Discusión de resultados	82
4.3. Conclusiones	84
4.4. Recomendaciones	85
Referencias Bibliográficas	86

ANEXOS

1. Matriz de consistencia	91
2. Esquema tentativo de informe final	92

INDICE DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro 01. Población y Muestra	51
Cuadro 02: Operacionalización de Variables	52
Tabla 01. Cuantos años cumplidos tienes	54
Tabla 02: Estado Civil	55
Tabla 03: Nivel de Instrucción	56
Tabla 04: A qué se dedica actualmente	57
Tabla 05: A qué religión pertenece	58
Tabla 06: Ha tenido relaciones sexuales	59
Tabla 07: Si es sí: A qué edad inicio sus relaciones sexuales	60
Tabla 08: Cuántos partos ha tenido	61
Tabla 09: Con qué frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente	62
Tabla 10: Cuántas parejas sexuales ha tenido	63
Tabla 11: Cuál es el método anticonceptivo que utiliza con mayor frecuencia	64
Tabla 12: Ha tenido usted alguna infección/enfermedad de transmisión sexual	65
Tabla 13: Si es si: Recibió tratamiento para dicha infección	66
Tabla 14: Conoce para qué sirve la prueba de Papanicolaou	67
Tabla 15: De qué lugar se toma la prueba de Papanicolaou	68
Tabla 16: Quien debe realizarse la prueba de papanicolaou.	69
Tabla 17: Cada cuanto tiempo se debe realizar la prueba de papanicolaou.	70
Tabla 18: La prueba de papanicolaou puede producir un aborto.	71
Tabla 19: Cuantos días antes de tomarse la prueba de papanicolaou no se debe tener relaciones sexuales.	72

Tabla 20: Toda mujer embarazada puede realizarse la prueba de papanicolaou.	73
Tabla 21: Ha solicitado que le realicen el examen en los últimos tres años.	74
Tabla 22: Usted considera importante realizarse periódicamente la prueba de papanicolaou.	75
Tabla 23: Aceptaría realizarse la prueba de papanicolaou.	76
Tabla 24: Usted tiene la disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud para realizarse la prueba del papanicolaou.	77
Tabla 25: Puntaje de conocimiento	78
Tabla 26: Puntaje de actitud	79
Tabla 27: Correlaciones	81

INTRODUCCION

El cáncer del cuello uterino (CCU) o llamado también cáncer cervical es la neoplasia maligna que surge generalmente en la zona de unión escamo-columnar del epitelio cervical y mundialmente tiene un impacto negativo en la población femenina; el que es más marcado en la de los países en vías de desarrollo. A pesar de la existencia de programas de despistajes, las mujeres sufren y mueren por cáncer cervicouterino. Mundialmente, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer después del cáncer de mama.

La incidencia mundial de cáncer se elevará de 11 a 16 millones de casos para el año 2020 y el número de muertes por cáncer subiría de 6 a 10 millones, de acuerdo a estimados de la Organización Mundial de la Salud. El problema es más grave para los países emergentes: las dos terceras partes del total de casos ocurrirán en países subdesarrollados, y de los 10 millones de muertos por cáncer en el 2020, el 75% serán hombres y mujeres de países pobres. En los últimos años se han registrado alrededor de 450 mil muertes a causa del cáncer en América Latina y la tendencia es aún creciente, sostuvo el director general del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Dr. Carlos Vallejos Sologuren, quien estimó que hacia el año 2020 las tasas de mortalidad podrían ascender hasta 850 mil fallecimientos por tal enfermedad. Con respecto al Cáncer, no existe un Registro Nacional de Cáncer en el Perú, por lo que no es posible conocer la real magnitud de este grave problema de salud. El Registro de Cáncer de Lima Metropolitana encontró una Tasa Cruda de incidencia de cáncer de 111.39 por 100.000 personas residentes en la capital. A nivel nacional, considerando los cánceres con mayor tasa de incidencia según fuentes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el Cáncer de Cuello Uterino ocupa el primer lugar.

La tasa estimada de incidencia del Cáncer Cervicouterino es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000, por lo que el Cáncer Cervicouterino constituye una prioridad nacional y hace ya más de 30 años que existen servicios de tamizaje. El Instituto Nacional de Enfermedades

Neoplásicas menciona a través de su Departamento de Promoción de la Salud y Control del Cáncer que: “El cáncer es una de las patologías crónicas degenerativas que por una parte es causante de muchas muertes a nivel nacional, pero que a la vez es una de las enfermedades más prevenibles, sobre todo el cáncer de cuello uterino, tanto así que se puede curar si se detecta a tiempo, esto involucra también actividades preventivas, si logramos conseguir que la población adopte estilos de vida saludable, como el no fumar, vida sexual sana, o que acuda a un centro de salud a un chequeo, permitirá detectar a tiempo alguna neoplasia maligna y recibir tratamiento en estadios iniciales de la enfermedad garantizando su curación. En este sentido estamos seguros que la educación a la población femenina, en aspectos relacionados con cáncer cervicouterino, puede disminuir considerablemente las tasas de incidencia y de mortalidad”.

El presente trabajo de investigación lleva por título “Relación entre el nivel de conocimiento y actitud de la prueba del Papanicolau en mujeres atendidas en el hospital de Chancay 2014”. Para elaborar el contenido de este plan de tesis, se ha respetado la estructura o el esquema vigente respectivo, establecido por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Alas Peruanas.

Por consiguiente, en el capítulo I, se hace el planteamiento del problema, en el que se describe la realidad problemática, cuyas evidencias se observaran en el área de gineco-obstetricia y corresponden a las variables nivel de conocimiento y actitud de la prueba del Papanicolau; dichas evidencias configurarían la situación crítica que amerita ser investigada en el hospital de Chancay 2014. El objetivo principal de la investigación a realizar es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de la prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Dicho objetivo se logrará mediante la comprobación de las hipótesis planteadas, resultado que servirá de base para elaborar las conclusiones y alcanzar las recomendaciones que de implementarse, estimularán el compromiso organizacional en los profesionales de la salud y permitirán elevar significativamente la calidad de atención en las mujeres gestantes.

El segundo capítulo comprende el desarrollo del marco teórico, el tercer capítulo la formulación de la hipótesis y las variables de estudio, el cuarto capítulo la metodología de la investigación y el quinto capítulo corresponde a la administración del proyecto de investigación. Seguidamente se presenta las fuentes de información que se han consultado para elaborar el presente plan de tesis, y finalmente se adjunta los anexos respectivos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que constituye un problema de salud en el mundo; en particular el cáncer de cuello uterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública y es la primera causa de muerte en mujeres en el mundo.

Según la OMS anualmente se registran aproximadamente 500 000 casos; de estos, 230 000 fallecen, así mismo la tasa de mortalidad se incrementa a partir de los 35 años. En el Perú aún sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres en edad reproductiva a nivel nacional. De acuerdo con los datos del MINSA el cáncer de cuello uterino es responsable en un 41,2% del total de cáncer ginecológico (48,5%) siendo el 9,1% de funciones por neoplasias malignas como el cáncer de cuello uterino.

En este contexto el plan Nacional de Prevención del cáncer ginecológico, ya sea cáncer de cuello uterino y mama, elaborado por la Dirección de Programas Sociales, quiere presentar una alternativa eficaz, eficiente y de calidad que permita lograr a mediano plazo el control de las lesiones pre

malignas y a lo largo plazo disminuir la mortalidad por CaCu y mama. Además se estableció que las Direcciones de Salud practiquen estos exámenes de citología cervical.

En vista de esta grave situación, la única manera que se tiene a la mano es el diagnóstico oportuno de las lesiones pre malignas del epitelio de cuello uterino. Actualmente pueden ser identificadas fácilmente y el éxito de la prevención ginecológica se relaciona mediante dos aspectos; emplear un método que abarque grandes poblaciones de personas susceptibles, sin exceder en el gasto de tiempo y del material; además todas las mujeres en edad fértil deberían ser inducidas o concientizara un examen continuo, permanente y periódico a partir de la primera relación sexual.

El examen de diagnóstico precoz en mención es el citodiagnóstico introducido por PAPANICOLAOU y TRAUB en 1941.

El Papanicolaou es el método más importante en la detección de carcinoma de cuello uterino; permite un diagnóstico diferencial sobre el grado de atipia epitelial en la región del ectocérvix y endocérvix, lo cual le da ventaja frente a la colposcopia que queda limitada al examen del ectocérvix. A nivel nacional solamente una de cada 5 mujeres (22,7%) se hicieron este examen, este porcentaje es sumamente bajo comparado con los países desarrollados. En Lima Metropolitana, se encontró un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil examinadas (30,4%), le siguen las costeñas urbanas (23,5%), luego la sierra urbana(21,8%) y mujeres de la selva urbana (21,4%) en comparación con la costa rural(19,1%), la selva rural (15 %) y sierra rural (13%).Actualmente el número de exámenes del Papanicolaou que se han practicado en las DISAS de Lima Central, lima este, lima norte , lima sur y callao ha sido aumentando pero no con el impacto que se esperaba. Se sabe que en promedio se realizan 200 000 exámenes anuales de citología cervical, a pesar que se realizan diversos estrategias para la mayor cobertura de mujeres para que se realicen el examen del Papanicolaou como sistema de detección precoz del CaCu,

aún no se llega a cubrir las metas de servicios del plan Nacional de prevención de Cáncer del cuello uterino.

En el distrito de “El Agustino” a pesar que se sabe que es el distrito que se encuentra dentro de las zonas con más alta tasa de CaCu (30%) aún no se puede contar con mayor investigación de este tipo, por lo cual es el motivo de realizar el presente estudio con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y la actitud que tienen las mujeres de esta zona que acuden al C.S. Madre Teresa de Calcuta sobre el examen de Papanicolaou y así establecer el tipo de relación que existe entre ellas al momento de realizarse el examen.

1.2 Delimitaciones de la Investigación

- 1.2.1. **Delimitación Espacial:** El presente trabajo de investigación se realizará en el servicio de gineco – obstetricia del hospital de Chancay, Distrito Chancay Provincia Huaral.
- 1.2.2. **Delimitación Social:** En el trabajo de investigación se considerará a mujeres en edad fértil, tres grupos de edades de 12 a 18 años, de 19 a 35 años y de 35 a 49 años.
- 1.2.3. **Delimitación Temporal:** Se realizará desde enero hasta julio del 2014.
- 1.2.4. **Delimitación Teórica:** Existen varias pruebas para la detección del cáncer de cuello uterino, pero el presente trabajo solo trata de medir cuánto saben las mujeres en edad fértil sexualmente activas sobre la prueba de Papanicolaou y además cuál es su actitud frente a este conocimiento.

1.3 Formulación Del Problema

1.3.1 Problema Principal:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital de Chancay, 2014?

1.3.2 Problema Específicos:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas sobre la Prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?
2. ¿Cuáles son las características sexuales reproductivas sobre la Prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?
4. ¿Cuál es la actitud sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo Principal:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Chancay, 2014.

1.4.2 Objetivos Secundarios

1. Conocer las características sociodemográficas sobre la Prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.
2. Conocer las características sexuales reproductivas sobre la Prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.
3. Medir el nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.
4. Medir la actitud sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014

1.5 Hipótesis

1.5.1. Hipótesis principal:

A menor nivel de conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou, la actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 es inadecuada.

1.5.2. Hipótesis secundaria

Existe un alto conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.

Existe una adecuada actitud sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.

1.6. Justificación del Estudio:

El cáncer cervical presenta preocupación para los sistemas de salud en todo el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo como Perú y por consiguiente Chancay, donde la pobreza y las condiciones de vida en las que se encuentran muchas familias inciden de manera significativa en la salud de la población, afectando más a las mujeres y los niños.

El cáncer cervical es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina, a pesar de que se han realizado esfuerzos para su control no se reduce la tendencia de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. Los programas de detección temprana han contribuido a reducir la morbi-mortalidad por esta patología, mediante la realización de una prueba sencilla y de bajo costo como la prueba de IVAA, sin embargo las bajas coberturas de la prueba de Papanicolaou son bajas en nuestro centro de salud. Las acciones y estrategias desarrolladas que son disponibles no son suficientes para el control de la enfermedad, existe poca promoción de la prueba de Papanicolaou. Las mujeres que acuden a consulta al centro de salud expresan temor, desconocimiento, algunas creencias erradas sobre la prueba de Papanicolaou, lo que nos impide su realización.

Con esta investigación se pretende conocer aspectos importantes propios de la conducta de las mujeres que acuden al centro de salud, así también estos resultados del estudio permiten modificar y mejorar los procesos educativos dirigidos a las mujeres, para elevar sus conocimientos y crear conciencia social sobre la importancia de la prueba del Papanicolaou, para asegurar la mayor cobertura posible de atención, así mismo sirve de utilidad a instituciones como el MINSA y a otros proveedores de servicios de salud de naturaleza pública o privada como base para crear líneas estratégicas de intervención educativas, brindando una atención de calidad a la mujer con un enfoque integral, además teniendo conocimiento que el cáncer cervical es una patología de alta incidencia y de alta mortalidad en nuestro país y que las mujeres que acuden atenderse en el área de gineco – obstetricia, presentan dudas y temores sobre la lo que representa la prueba de Papanicolaou, lo que impide su deseo de realizárselo, es por eso que este proyecto de investigación permitirá conocer cuánto desconocen acerca de esta prueba así como la actitud frente a ella. Los resultados obtenidos servirán al establecimiento mejorar las estrategias ya dispuestas para mejorar la atención en lo que respecta a la promoción y prevención del cáncer cervical y poder así una respuesta a este problema que de salud pública.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Nacionales

- 1) Bazán F.; Posso M. y Gutiérrez C. (2006), determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la prueba de Papanicolaou (Pap); hallaron la asociación entre la edad y grado de instrucción frente a dichas variables y describieron las características sobre la práctica periódica del Pap. Diseño analítico y transversal. Se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre–Niño ‘San Bartolomé’. Se trabajó con pacientes mujeres en edad fértil de consultorios externos. Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado, auto desarrollado. Para el análisis estadístico se utilizó: X², t student, Anova y OR. Los resultados obtenidos fueron: de 501 encuestadas, en 63% se encontró nivel bajo de conocimiento, en 66% una actitud desfavorable y en 71% una práctica incorrecta sobre la prueba de Papanicolaou; se obtuvo un OR = 1,45 (IC = 0,98 a 2,16) entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta; la difusión por los medios de comunicación sobre el Pap fue 6,2% y la mayor barrera para no tener una práctica periódica del Pap fue el género masculino del ejecutor (34,2%). Conclusiones: Los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas, en nuestra población, son bajos. El mayor nivel

de conocimiento no está relacionado con la práctica correcta del Pap. Existe poca difusión sobre el Pap por los medios de comunicación y las limitantes a que las mujeres se tomen el Pap son principalmente psicológicas.

- 2) Seminario y col (2010), Evaluaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años. Diseño descriptivo, transversal; se entrevistaron 116 mujeres, 44,8 % tuvieron nivel alto de conocimientos, 47,4% actitud favorable y 38,8%, nivel de prácticas correcto. En las mujeres con actitud desfavorable con respecto al PAP se halló 5,6 veces más probabilidades de solamente haber concluido estudios en el colegio: OR: 5,6 (IC95%: 2,2-15,23 $p < 0,05$). El motivo más frecuente por el que no se habrían realizado el test, fue por falta de tiempo.

- 3) Carrasco y Valera (2011), determinaron la relación que existe entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de Papanicolaou que tienen las mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, julio – diciembre 2011. Se realizó una investigación Cuantitativa, Descriptiva Correlacional, prospectiva, de corte transversal. Se realizaron encuestas estructuradas mediante la técnica de la entrevista a un total de 111 MEF sexualmente activas. Para el procesamiento y análisis de la información, se diseñó una base de datos en Excell 2,011 y SPSS 17. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética y desviación estándar. La estadística inferencial determinó la relación existente entre variables a través de la prueba chi-cuadrado con un nivel de significancia $< 0,05$. Las mujeres en edad fértil sexualmente activas de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales, se caracterizan por: El 42,34% oscilan entre los 20 y 29 años; el 61,26% son convivientes; el 44,14% son de nivel secundario. Asimismo, el 60.36% conocen que el Papanicolaou se usa para la detección del Cáncer de cuello uterino; 43.24% conocen que el inicio de relaciones sexuales es el indicador más importante para realizarse el examen

de Papanicolaou. Del mismo modo el 50.45% presentaron un nivel de conocimientos alto sobre el examen de Papanicolaou; 54,05% mostraron una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou; 76,58% adoptan una práctica inadecuada frente al examen de Papanicolaou. Otra conclusión importante muestra que, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento alto y la actitud favorable, y entre el nivel de conocimiento alto y la práctica adecuada de las MEF frente al examen de Papanicolaou ($p < 0,05$); y existe relación estadísticamente significativa entre la actitud favorable y la práctica adecuada del examen de Papanicolaou ($p < 0,05$).

- 4) Solís (2013) describió los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres del AAHH Tangay. La población total lo constituyen 550 mujeres en edad fértil en edades de 15 a 49 años, con residencia en el AAHH Tangay. Estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo. Diseño de investigación descriptiva simple de una casilla de corte transversal. Diseño de investigación descriptiva simple de una casilla de cohorte transversal.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

- 1) Tenorio (2011), identificó los conocimientos, actitudes, prácticas que tienen las mujeres en edad fértil que acuden al programa de planificación familiar del centro de salud Roger Osorio, ubicado en el municipio de Managua. Hizo un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal; se seleccionaron al azar una población total de 387 mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del programa de planificación familiar, se tomó una muestra de 75 mujeres mediante una fórmula estadística. Se diseñó una encuesta para la evaluación del conocimiento, actitudes, prácticas de las usuarias en relación con la prueba de Papanicolaou.
- 2) Figueroa (2010), realizó un estudio descriptivo donde se analizan las respuestas de 150 mujeres encuestadas. La edad promedio de las

encuestadas fue de 32.8, la mediana de 30, la moda de 37, la edad mínima de 15 años y la máxima de 76; la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%); más del 90% de las mujeres encuestadas presentaron un bajo nivel de escolaridad y 81% eran amas de casa; la cuarta parte de las mujeres se encontraron no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el 58% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. (Colombia)

- 3) Martínez y Vásquez (2010), identificó la actitud que presentan las mujeres ante la toma del Papanicolaou. Hizo un estudio descriptivo y transversal. Participaron 70 mujeres de 20-45 años. Se utilizó el instrumento de Actitudes hacia la toma de Papanicolaou de Huamaní y cols., (2007). Se obtuvo como resultado que el 58.6% de las mujeres inicio sus relaciones sexuales entre los 16-20 años, 18.5% en edad de 41-45 años se realiza el Papanicolaou una vez al año, las de 26-30 y 41-45 el 5.7% dos veces al año. 24.2% de nivel primaria se lo realiza una vez al año y las de nivel secundaria 11.4% dos veces al año. El 91.4% presentó actitud positiva y solo 8.6% actitud indiferente, distinto a Sosa (2006) quien reporto 39% buenas actitudes, 36% regulares y 25% malas.
- 4) Veríssimo J. y col. (2008), se realizó un estudio utilizando una encuesta de hogares con enfoque cuantitativo se llevó a cabo. Un total de 267 mujeres de 15 a 69 años, seleccionados al azar en forma estratificada, que viven en la ciudad de San José de Mipibu, noreste de Brasil, fueron entrevistados en el 2007; tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación con la prueba de Papanicolaou y la asociación entre estos comportamientos y características sociodemográficas. Procesados los datos se obtuvo un resultado del 46,1% de las mujeres entrevistadas mostraron un conocimiento adecuado de la prueba de Papanicolaou, una proporción significativamente mayor de adecuación fue vista con respecto a las actitudes y prácticas, 63,3% y 64,4%, respectivamente. (Brasil).

- 5) Urrutia (2008) quien realizó una investigación en Metropolitano Sur-Oriente, Santiago, Chile en el año 2008 sobre ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cérvico uterino AUGE, entrevistando a un grupo de 237 mujeres resultando que las razones para no hacerse el Papanicolaou y no acudir a buscar el resultado fueron: la falta de preocupación, los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad, falta de tiempo y la falta de conocimiento. Esta investigadora recomienda que los profesionales de la salud estén en situación de cambiar la perspectiva que las mujeres tienen y mejorar la educación y la práctica del screening en las mujeres. (Chile)

- 6) Calle (2007) quien realizó una investigación sobre grado de conocimiento sobre el Papanicolaou; en mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui, Bolivia en el año 2007, concluye que un gran porcentaje no saben sobre el Papanicolaou y desconocen las prestaciones que ofrece el Seguro Universal Materno Infantil. El grupo de 26 a 35 años, mujeres con educación superior, las casadas, con uno a dos hijos, mujeres con más de un aborto tienen buen conocimiento sobre el PAP, las mujeres mayores de 45 años, de menor educación, analfabetas, solteras; las mujeres mayores de 45 años nunca aprendieron sobre el PAP, el grupo etario de 26 a 35 años fue el grupo que aprendió más en el hospital seguido por las de 36 a 45 años y las de 15 a 25 años, pero las de 15 a 25 años fue el grupo que aprendió más a través de la radio, las analfabetas nunca aprendieron. Las mujeres con estudios superiores refieren haber aprendido más en el colegio, hospital y a través de la radio. (Bolivia).

- 7) Zenteno (2006), se realizó un estudio transversal, descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas de mujeres con rango de edad entre 15 a 50 años que acudieron a consulta al Hospital La Paz en el mes de octubre 2006. El objetivo general del trabajo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al Papanicolaou;

obteniendo como resultado un 64% de las encuestadas sí conocía el Papanicolaou y un 36% de las mujeres desconocía la utilidad del examen, en tanto un 47% conocía que es útil para detectar el cáncer de cuello uterino. (México)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Cáncer cervical

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2005) manifiesta que el cáncer cervical es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino que conlleva a la muerte de la persona que lo padece. El cérvix uterino es una zona donde con frecuencia se desarrollan cambios que evolucionan a la malignidad, su gran accesibilidad en términos de diagnóstico y tratamiento lo ha llevado a ser considerado de gran importancia en la patología gineco-obstétrica, en lo que a estudio celular y tisular se refiere, ya que permite una revisión directa y exhaustiva, lo que ha favorecido una intensa investigación de la naturaleza de las lesiones malignas. La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples.

Estadios o etapas del cáncer cervical

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer cervical:

Estadio 0 o carcinoma in situ: El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

Estadio I. El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

I-a: una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

I-b: una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

Estadio II. El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

II-a: el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

II-b: el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

Estadio III. El **cáncer** se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

Estadio IV. El **cáncer** se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

IV-a: Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

IV-b: Diseminación a órganos distales como los pulmones.

Clasificación NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical)

NIC I Displasia Leve

NIC II Displasia Moderada

NIC III Displasia Grave o Carcinoma in situ ¹

2.2.2. Prueba de Papanicolaou

Llamada así en honor a Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer.

Conocida como prueba de PAP o Citología Vaginal. Es un examen en el que se toman muestras de células epiteliales de la zona de transición del cuello uterino. Permite conocer el estado funcional de las hormonas e identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas. El propósito principal es detectar cambios anormales en las células que pueden surgir por causa de cáncer de cérvix o antes de que se presente esta patología. Detecta el 95% de cánceres cervicales en un estado en que todavía no se ven a simple vista.

Historia del examen de Papanicolaou

George Nicholas Papanicolaou, médico griego, profesor asociado del departamento de anatomía patológica, colaboró con el ginecólogo C. Daniel para el diagnóstico precoz del cáncer cervical. Nació el 13 de mayo de 1883, en Kymi, una pequeña ciudad de la isla griega de

Euboea. Su padre, Nicolás Papanicolaou era médico, físico y mayor de la ciudad de Kymi y asambleísta nacional. Su madre fue María GeorgiouKritsouta, una culta mujer muy interesada en la música y en la literatura. George fue el tercer hijo de cuatro hermanos.

Papanicolaou basado en sus observaciones, formuló la teoría de que «todas las hembras de especies superiores tienen una descarga vaginal periódica; los conejillos de indias son mamíferos y, por ende, deben tener una, y ésta es, tal vez, tan pequeña que no se puede percibir a simple vista». Se dice que esta afirmación fue la mecha de sus experimentos posteriores. Para observar las descargas vaginales de los conejillos de indias, compró en la tienda Temman un espéculo nasal para examinar los fluidos vaginales de los pequeños animales, tomando muestras seriadas y observándolas teñidas al microscopio; allí pudo descubrir una impresionante riqueza celular y la existencia de diversos patrones y secuencias citológicas. Inspirado en la idea que dichos cambios celulares pudieran ocurrir en las mujeres, realizó el primer examen de citología exfoliativa en humanos, la cual fue tomada de su propia esposa y teñida con la coloración que hasta el día de hoy lleva su nombre «la tinción de Papanicolaou». Estas fueron publicadas, por primera vez, en septiembre de 1917, junto a Charles Stockard.

Según Oddó (2011) indica que en febrero de 1925 comenzó un estudio sistemático de frotis cervicales y vaginales de voluntarias y trabajadoras del Hospital de la Mujer de Nueva York, donde realizó un análisis citológico exfoliativo de una mujer portadora de cáncer de cuello uterino, hecho que él mismo años más tarde describiría de la siguiente forma: **«La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las estremecedoras experiencias de mi carrera científica»**. Luego, reunió a otras mujeres con cáncer de cuello uterino, confirmó sus observaciones, y presentó esta nueva forma de diagnóstico de cáncer.

George Papanicolaou publicó mundialmente en el año 1941, una técnica llamada citología de cérvix o citología vaginal, que sirve para diagnosticar el cáncer cervicouterino. En el examen de Papanicolaou se toma muestras de células epiteliales en la zona de transición del cuello uterino, en busca de anomalías celulares que orienten a (y no que diagnostiquen) la presencia de una posible neoplasia de cuello uterino.

Objetivos del Examen de Papanicolaou

- Colaboración en el diagnóstico y tipificación de neoplasias malignas, mediante la evaluación de las alteraciones de la morfología del núcleo, del citoplasma y de las relaciones entre las células.
- Diagnóstico específico de algunas lesiones benignas, por ejemplo: tumores benignos, hiperplasias, ciertas infecciones virales o micóticas.

Elección de pacientes que deben ser estudiados más profundamente en grupos de alto riesgo para un tipo específico de cáncer.

- En hematología, examen cualitativo y cuantitativo de los elementos figurados de la sangre periférica (hemograma) y de la médula ósea (mielograma).

Condiciones previas a la toma del examen de Papanicolaou:

1. No tener relaciones sexuales desde 48 horas antes.
2. No colocación de óvulos desde 48 horas antes.
3. No estar menstruando.
4. No realizarse duchas vaginales.
5. No tenga flujo abundante o inflamación severa.
6. No haya tenido una histerectomía total.

Toma de la muestra:

El profesional de la salud debidamente entrenado que toma la muestra de Papanicolaou deberá registrar, previo al procedimiento, los datos personales de cada mujer y antes de tomar la muestra deberá hacer la observación directa del cuello uterino para identificar cualquier lesión macroscópica.

Técnica para la toma del examen de Papanicolaou:

- Usuaria informada del procedimiento a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico.
- No realizar tacto vaginal previo a la toma de la muestra.
- Introducir el espéculo vaginal; de ser necesario usar, como lubricante, agua o suero fisiológico hasta visualizar el cuello uterino.
- La toma adecuada exige la observación directa del cuello uterino y obtener muestras simultáneas de exocérvix y endocérvix, mediante el uso de cito espátula de Ayre ó de Szalay.
- En caso de presencia de sangrado leve o flujo, la toma de la muestra se hará, previa limpieza cuidadosa del cuello uterino, con torunda de algodón seco.
- En las gestantes, el PAP se hará como parte de la atención prenatal. Está contraindicada la toma de muestra de endocérvix con citocepillo u otro elemento (para el exocérvix utilizar cito-espátula de Ayre).
- En las mujeres mayores de 45 años de edad ó post-menopáusicas, donde la zona de transformación migra hacia el canal endocervical, es necesario obtener muestra del endocérvix, mediante la cito-espátula de Szalay ó cito cepillo rotándolo en 360°.
- En caso necesario, se podrá tomar la muestra de endocérvix con hisopo de algodón introduciéndolo hasta 1.5 cm de profundidad, rotándolo en 360° por una sola vez.

Factor de riesgo:

Según **John M. Last** el término factor de riesgo se usa con tres connotaciones distintas:

- a) Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
- b) Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.
- c) Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de una enfermedad u

otro daño específico a la salud; para evitar confusión esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable.

Factores de riesgo según el CLAP: Como se señaló anteriormente, no todos los individuos tienen el mismo riesgo de padecer los problemas. Por lo tanto se lograra mayor impacto si en los subgrupos más afectados los problemas se controlan preferentemente en los individuos que tiene mayor riesgo de padecerlos. Riesgo significa la mayor probabilidad de padecer un daño; es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilístico y no determinado.

Factores de riesgo asociados

El Papiloma Virus

Figueroa (2010) manifiesta que el VPH es reconocido como una de las causas principales del cáncer de cérvix, la infección con los tipos de papiloma virus de alto riesgo aumenta la posibilidad de que se conviertan en cáncer cervical. También se relaciona con el cáncer de vulva; este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos. El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III). El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras. La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. – Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y oro faringe.

Inicio temprano de las relaciones sexuales

Implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o

menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (Flores, 2011).

Número de parejas sexuales

El número de compañeros sexuales es un factor de riesgo, no por el hecho de la variación, ni por la frecuencia con que se practica el coito, sino porque la promiscuidad generalmente tiene el antecedente de la precocidad sexual y el alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, en cuya etiología participan virus oncógenos (Flores, 2011).

Situación del cáncer cérvico-uterino en Latino América y el Caribe.

En la región de las Américas se presenta alrededor de 68,000 casos nuevos de cáncer cérvico-uterino por año. Las tasas de registros más bajas se presentan en Canadá y los Estados Unidos y las más altas corresponden a Perú y Uruguay. Para el año 2000, se calculó que habría 470,606 casos nuevos y 233,372 defunciones por carcinoma del cuello uterino en mujeres alrededor del mundo entero. El 80% de esta carga corresponde a los países en vías de desarrollo donde esta enfermedad ocupa el primer lugar de las neoplasias malignas que afectan a las mujeres.

En la región de las Américas se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones por cáncer cérvico-uterino de los cuales 83.9 % y 81.2% corresponderían a América Latina y el Caribe.

El cáncer cérvico-uterino produce altas tasas de mortalidad en la población femenina, sin embargo es una patología que se puede prevenir y curar a través de la detección oportuna con la prueba de la citología cervical, cuando se cuenta con los métodos de tamizaje en las mujeres asintomáticas; sin embargo los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco éxito.

En México hay un programa de tamizaje que se puso en marcha desde hace 20 años se han evitado menos del 13 % de los casos potencialmente prevenibles de manera igual en Costa Rica ninguno de los programas de tamizaje han tenido repercusión sobre la incidencia y la mortalidad. En Cuba existe un programa de tamizaje desde 1968, observándose en los registros estadísticas incrementos en la incidencia y mortalidad, especialmente entre mujeres jóvenes.

Frecuencia de la Prueba de Papanicolaou

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

Diagnóstico del cáncer del cuello uterino

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

Colposcopia: Es el primer procedimiento para confirmación diagnóstica, en todas las pacientes, excepto en aquellas con lesión macroscópica evidente (Ministerio de Salud, 2010).

Biopsia exocervical y/o endocervical: De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico (Ministerio de Salud, 2010).

Legrado endocervical: Debe realizarse cuando la colposcopia es insatisfactoria, cuando la lesión se extiende hacia el canal endocervical, cuando no existe una lesión identificable que explique la citología

alterada o cuando la alteración citológica es una atipia glandular (Ministerio de Salud, 2010).

Conización Cervical: En los casos que se sospeche una micro invasión o disociación colpo-citohistológica, ejemplo: colposcopia sugerente de cáncer invasor con citología e histología de lesión intraepitelial, citología sugerente de lesión de alto grado con histología de bajo grado o negativa entendiéndolo como un procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico en mujeres no embarazadas (Ministerio de Salud, 2010).

Prevención primaria y secundaria

Prevención Primaria

Las principales medidas descritas para prevención primaria son la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y de prevención, como también la vacunación por virus papiloma humano (VPH) (Ministerio de Salud, 2010).

Educación a la población

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la aparición del cáncer cervicouterino y de sus factores, es una de las principales herramienta a utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios randomizados de intervención comunitaria, que la educación aumenta el nivel de conocimiento en las mujeres y también favorece en menor medida la actitud positiva para la toma del examen de Papanicolaou (PAP) y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el PAP o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje (Ministerio de Salud, 2010).

Vacunación contra el Virus Papiloma Humano

La vacuna previene la infección de dos de los genotipos más frecuentes del virus papiloma humano (genotipos 16 y 18) relacionados con el desarrollo de este cáncer.

Su utilización se recomienda en población femenina, que no haya tenido aún contacto con el virus. Igualmente, las personas vacunadas deben continuar haciéndose el PAP periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión pre invasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas (Ministerio de Salud, 2010).

Prevención Secundaria

La prevención secundaria incluye la detección temprana y la intervención rápida para detener la enfermedad en las primeras etapas, reducir su intensidad o prevenir complicaciones. El propósito es detectar los primeros síntomas sobre los cuales el paciente no es consciente o de los que no tiene conocimiento, de manera que la intervención rápida sea efectiva para controlar o curar la enfermedad (Ministerio de Salud, 2010).

Conocimientos

Segura y Bejarano (2003) manifiesta que el conocimiento se concibe como la reconstrucción de los esquemas mentales del sujeto a partir de las experiencias que éste tiene con los objetos (interactividad) y con las personas (intersubjetividad) en situaciones de interacción que sean significativas de acuerdo con su nivel de desarrollo y los contextos sociales donde se desenvuelve.

Ausubel (1976), manifiesta que el conocimiento concebido desde la perspectiva constructivista de Ausubel, refiere que éste debe tener lugar a través de la recepción, y no del descubrimiento, pues la adquisición de un cuerpo de conocimiento claro, estable y organizado de parte del educando es el variable independiente más significativo que influye sobre su capacidad para adquirir nuevos conocimientos en el mismo campo (Morian, 2007)

Vargas (2011) indica que en este proceso se pueden identificar claramente tres factores que son determinantes en la fijación del conocimiento, como son las actitudes, las aptitudes y los contenidos. No obstante, a partir de las investigaciones de Piaget (1972) dichas aptitudes toman dos orientaciones diferentes, las aptitudes intelectivas y las aptitudes procedimentales.

El desarrollo de cada una de las actitudes, aptitudes intelectivas, aptitudes procedimentales y los contenidos tiene correspondencia con la formación en el ser, en el pensar, el hacer y el saber, respectivamente, y el conocimiento adquirido por medio de la convergencia de estas cuatro dimensiones da lugar a los llamados aprendizajes significativos, que son los aprendizajes en los cuales el sujeto del proceso de formación reconfigura la información nueva con la experiencia, permitiéndole así integrar grandes cuerpos de conocimiento con sentido.(Vargas, 2011)

Por su parte Vygotsky (1968), refiere que el conocimiento no solo se construye de modo individual como propuso Piaget, sino que se construye entre las personas a medida que se interactúan. Consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje y pensaba que lo produce la integración de los factores sociales y personales.

Según el punto de vista de Salud:

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

Actitud

Recolda (2011) manifiesta que La Actitud, es la variable más estudiada en psicología social debido a que constituye un valioso elemento para la predicción de conductas. Es una predisposición afectiva y motivacional requerida para el desarrollo de una determinada acción.

Algunas definiciones desde el mundo académico:

La actitud definida por Eiser (1999), es considerada como la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social (Eiser).

Billig (1991), reconoce el carácter compartido de la actitud como una estructura inacabada, incompleta y que la actitud va evolucionando, cambiando, en contacto con los distintos contextos y situaciones sociales.

Fazio (1992) define como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre, que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social) hacia el que dirigir nuestra actitud (Objetivo Actitudinal) (Actitudes, 2011).

Rodríguez (1993) define a las actitudes “como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción”. (Masías, 2006).

Por su parte, Smith y Mackie (1997), dicen que las actitudes “son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables” (Masías, 2006).

López y Fuertes (1999) definen la actitud “como una disposición a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva” (Masías, 2006).

TEORÍA GENERAL DE LAS ACTITUDES

¿QUÉ SON LAS ACTITUDES?

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se puede encontrar. A continuación se señalan en orden cronológico algunas de ellas:

"... la actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno" (Secord y Backman, 1964 en León y otros, 1988:133).

"La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud" (Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: 72)

"... la actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-avoidancia del individuo con respecto a un objeto." (Cook y Selltiz, en Summers, 1976: 16) .

"La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores" (Marín, 1976:69)

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico" (Thurstone en Summers, 1976:158)

"...una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, sólo para mencionar algunos son sinónimos funcionales del concepto de actitud". (Kidder y Campbell, en Summers, 1976: 13).

"...el término actitud hace referencia a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema" (Petty y Cacioppo, 1981 en León y otros, 1998:118)

"Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser...son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros" (Alcántara, 1988: 9).

"La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad" (Eagly y Chaiken, 1993 en Morales (Coord.), 1999:194).

"Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación" (Bolívar, 1995: 72)

"... como una postura o semblante que expresa un estado de ánimo o quizá una intención o, de forma más general, una visión del mundo" (Rodríguez en Pérez y Ruiz, 1995:15)

"Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables" (Schunk, 1997: 392)

"Una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien - el objeto de la actitud-" (Morris, 1997: 608)

"... disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos" (Cantero y otros,1998 en León y otros, 1998; 118)

"El concepto de actitud... se refiere a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos componentes morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar en un

sentido; por ej. de tolerancia o de intolerancia, de respeto o de crítica, de confianza o de desconfianza, etcétera." (Martínez, 1999b:181)

"...hablamos de actitud cuando nos referimos a una generalización hecha a partir de observar repetidamente un mismo tipo de comportamiento. Generalmente detrás de un conjunto de actitudes se pueden identificar valores" (Sanmartí y Tarín, 1999; 56)

"...predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)" (Morales, 2000:24).

"Una actitud es una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales)" (Muchielli, 2001; 151)

Estas son sólo algunas de las muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes; de todas ellas se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales del enfoque popular que denota las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales. Destacan entre estos aspectos:

1. Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas (Tejada y Sosa, 1997:2). Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal.
2. Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente. (Morales (Coord.), 1999).
3. La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.
4. Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan

hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien. "...cualquier cosa que se puede convertir en objeto de pensamiento también es susceptible de convertirse en objeto de actitud" (Eagly y Chaiken en Morales (Coord.), 1999:195) .

5. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

6. La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado. (Eiser, 1989)

7. Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas.

8. Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter preconductual.

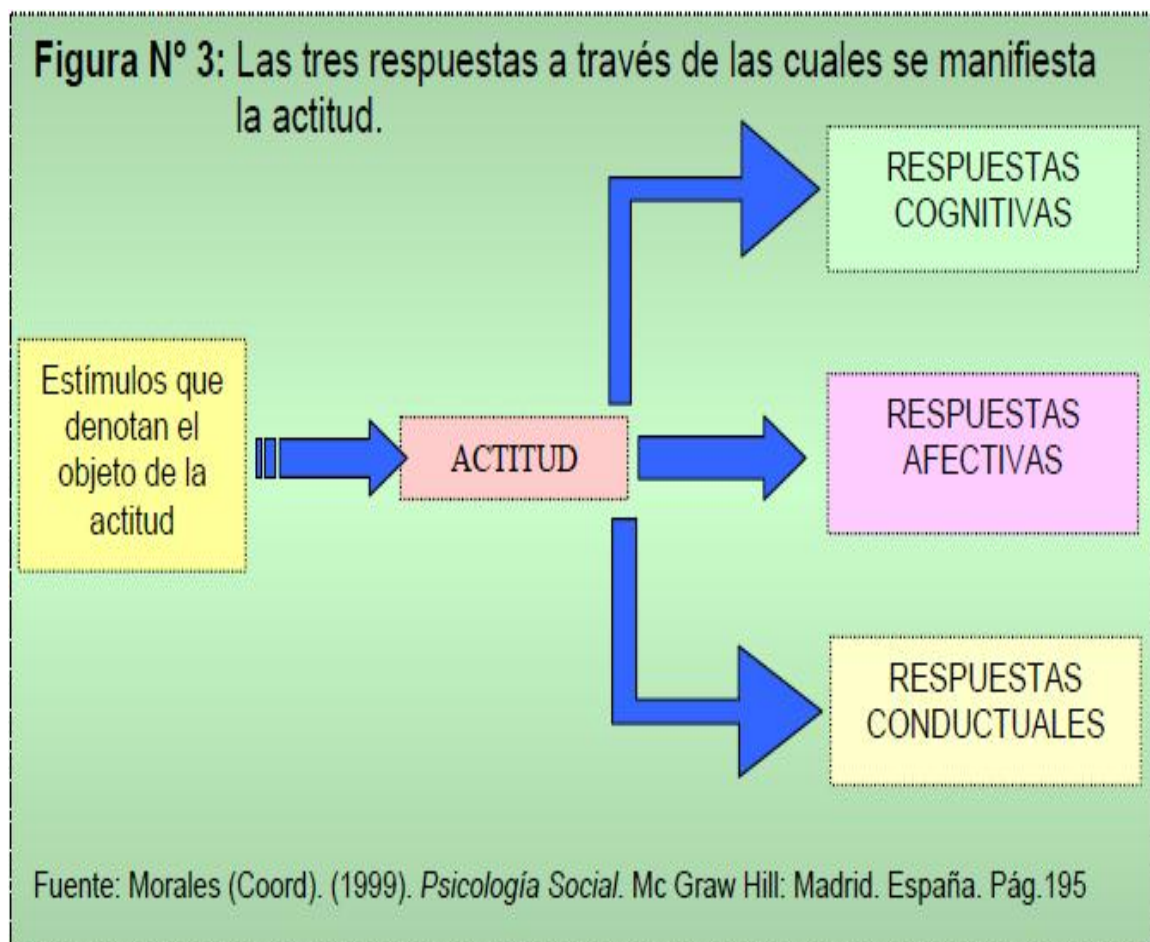
9. Esta conceptualización proporciona indicios que permiten diferenciar las actitudes de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito, entre otros. Las actitudes se diferencian de los valores en el nivel de las creencias que las componen; los valores trascienden los objetos o situaciones, mientras que las actitudes se ciñen en objetos, personas o situaciones específicas. Se diferencian de los instintos en que no son innatas sino adquiridas y no se determinan en un solo acto, como el caso de los instintos. Se distinguen de la disposición por el grado de madurez psicológica; la actitud es más duradera, la disposición es más volátil. "Hay toda una teoría de la disposición de la personalidad, pero aún hoy, no han explicado cómo es que el individuo pasa de la disposición a la acción". (Pervin, 1994 en Carver y Scheiler, 1997: 124). La actitud difiere de la aptitud en el grado de la integración de las distintas disposiciones. La aptitud es la integración de varias disposiciones; la actitud es la unión de varias aptitudes, lo que se expresa con una fuerte carga emocional. Por su parte el hábito, referido a

acción, se integra a las aptitudes para brindar mayor solidez y estructura funcional a las actitudes. (Alcántara, 1988).

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo (Figura N° 3).

"La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud" (Morales (Coord), 1999; 195).



- Los **Componentes Cognitivos** incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- Los **Componentes Afectivos** son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...)
- Los **Componentes Conativos**, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados; "... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (Bolívar, 1995: 74).

Por otra parte es conveniente insistir que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes), no significa de ninguna manera que la actitud pierda su carácter de variable unitaria. Como ya se ha señalado, la actitud es la condición interna de carácter evaluativo y tal como indican diversos autores las respuestas cognitivas, afectivas y conativas no son más que su expresión externa.

LA RELACIÓN ACTITUD-CONDUCTA.

Hablar de la relación actitud-conducta trae a referencia un tema que ha sido de amplia discusión en el campo de la Psicología Social con implicación en el ámbito educativo.

Resulta familiar la similitud entre la distinción tradicional de los objetivos educacionales (cognitivos, afectivos, conductuales) y la concepción estructural de las actitudes. (Figura N° 6). Esta perspectiva ha servido de base para la aceptación, prácticamente generalizada, del claro influjo entre los componentes cognitivos y los componentes afectivos de las actitudes; sin embargo no puede decirse lo mismo de la relación entre las actitudes (resultado de sus medidas) y las evidencias de conducta externa manifestadas por una persona (Morales,2000). En tal sentido, Ajzen y Fisbein (1980) plantean que "...existe un cierto acuerdo en considerar las actitudes como un factor importante, pero no el único, en la determinación de las conductas externas." (Pág. 26).

OBJETIVOS EDUCACIONALES		ACTITUDES	
Dominio cognitivo	Conocimientos	Componentes cognitivos	Creencias Opiniones Información
Dominio afectivo	Intereses Actitudes Valores	Componentes afectivos	Gusto-disgusto Atracción-rechazo A favor - en contra
Dominio conductual	Conducta manifiesta	Componentes conativos	Acciones o tendencia de actuación a favor o en contra de...

Durante mucho tiempo ha permanecido vigente la inquietud o intención de algunos autores en el sentido de otorgar, al estudio y medición de las actitudes, "valor predictivo" con relación a la conducta. Es así como encontramos referencias a los trabajos de Thurstone (1927), Dillehay (1973) y Kraus (1995) entre otros, quienes con sus aportes intentan dejar bien clara esta relación. Durante mucho tiempo ha permanecido vigente la inquietud o intención de algunos autores en el sentido de otorgar, al

estudio y medición de las actitudes, "valor predictivo" con relación a la conducta. Es así como encontramos referencias a los trabajos de Thurstone (1927), Dillehay (1973) y Kraus (1995) entre otros, quienes con sus aportes intentan dejar bien clara esta relación.

Sin embargo, paralelamente a ellos, encontramos los trabajos de La Piere (1932), Wicker (1969), Fisbein y Ajzen (1975) y Davison y Jaccard (1979), autores que a pesar de compartir y aceptar esta forzosa relación expresan sus dudas en torno a los resultados obtenidos por aquellos, por considerar que en sus investigaciones se cometieron errores de tipo metodológico y se obviaron aspectos fundamentales que deben ser considerados en el proceso de estudio y medición de las actitudes.

La correlación debe establecerse entre una actitud que se mide y una conducta futura. Consecuentemente, la medición de la actitud debe hacerse antes que la de la conducta; y finalmente, la actitud y la conducta que se ponen en relación deben corresponder a los mismos sujetos en los dos momentos temporales distintos.

No obstante las precisiones y aportes realizados en torno a los cuidados que deben tenerse al estudiar y medir actitudes, existe consenso sobre la gran cantidad de variables que pueden influir en la relación actitud-conducta. Así, a pesar del elevado grado de correlación entre estos elementos, persisten algunos puntos oscuros dentro de los cuales podemos señalar: (Morris, 1997)

- No todas nuestras acciones (conductas) reflejan de manera precisa nuestras actitudes.
- Las conductas están influenciadas (afectadas) por muchos otros factores, además de las actitudes.
- La conducta está muy relacionada con las intenciones de las personas.

Las presiones sociales pueden afectar la ejecución o no de una conducta.

- Las actitudes no predicen, con el mismo grado de exactitud, las conductas de unas personas como las de otras.

- Los rasgos de la personalidad también pueden afectar nuestra conducta o comportamiento. "... las personas con auto supervisión elevada son en especial propensas a hacer caso omiso de sus actitudes para comportarse según las expectativas de los demás" (Ídem: 609)

Distintas perspectivas han tratado de explicar la relación entre las actitudes y las conductas de las personas. Según Bolívar (1995), estas posiciones podrían resumirse en:

- a) La concepción tradicional, que sostiene que las actitudes preceden a las conductas, por lo que conviene considerar de qué modo las determinan.
- b) Una segunda posición, considera que las actitudes y conductas son recíprocas; la acción refuerza la actitud y viceversa.
- c) Por último, la consideración de que las actitudes evidenciadas son en sí mismas un tipo de conducta.

Sea cual sea la perspectiva que se adopte, hay algo claro: actitudes y conductas representan dos entes distintos entre los cuales subyace un sentido de implicación que puede variar según la relación de subordinación que nos permita interpretarla. A tal efecto, encontramos dos claras posiciones que en el campo de la Psicología Social y basadas en las evidencias de diversos estudios, proponen dos interrogantes que constituyen a su vez dos interesantes ángulos de análisis:

¿Son las actitudes las que determinan nuestra conducta? , o ¿Es la conducta la que determina nuestras actitudes? A continuación se describen algunos aspectos, muy generales, que intentan aclarar la respuesta a cada una de ellas.

A. LAS ACTITUDES COMO PREDICTORAS DE LA CONDUCTA.

Bajo este ángulo prevalece la suposición de que nuestras creencias y sentimientos determinan la conducta que habremos de asumir. Sin embargo, investigaciones y estudios como los de León Festinger (1964), Robert Abelson (1972) y Allan Wicker (1969), han puesto en duda la relación directa entre actitud y conducta, pues no siempre lo que decimos

y sentimos coincide con lo que hacemos (Myers, 1995). Cabe reflexionar entonces, ¿cuándo es que nuestras actitudes contribuyen a predecir nuestras conductas? Son varios los aspectos que deben considerarse.

En primer lugar, como ya se ha indicado, las actitudes por ser estados internos del individuo no pueden ser estudiadas directamente, sino a través de sus expresiones externas, que en la mayoría de los casos son influenciadas por las presiones sociales a las que estamos sometidos, lo que nos lleva a pensar que no siempre las actitudes expresadas coinciden con las sentidas.

Por ello conviene considerar esta discrepancia o establecer medios indirectos, como el Método de Conducto Simulado propuesto por Jones y Sigal (1971 en Myers, 1995), y que tal como su nombre lo sugiere, promueve el uso de medios simulados para el estudio y la determinación de la relación entre la actitud sentida y la conducta expresada.

Por otra parte, estamos sometidos a las condiciones de las situaciones que vivimos, de manera que nuestra actitud no puede inferirse de un sólo acto o situación; se debe promediar el impacto de nuestras actitudes sobre nuestras acciones.

Otro de los aspectos que deben ser considerados es que las actitudes hacia conceptos generales (p.e. las drogas), predicen poco conductas específicas relacionadas con el mismo (p.e. fumar). De allí que es necesario determinar los niveles de especificidad tanto de las actitudes en estudio como de las conductas que se esperan detectar.

Finalmente, Fazio y Zanna (1981, en Myers, 1995) hacen referencia a la "potencia de las actitudes", señalando que las actitudes surgidas de nuestra propia experiencia en momentos claves, imprimen una huella más honda en nuestro actuar. Así, las actitudes "más poderosas" contribuyen en mayor escala a predecir más acertadamente nuestras conductas. La idea entonces, es tratar de maximizar la potencia de las actitudes en estudio, trayéndolas a la mente y haciendo autoconscientes a las personas

de sí mismas y de sus actitudes "más potentes", como medio para fomentar la consistencia entre palabras y acciones.

LAS ACTITUDES SE APRENDEN Y SE CAMBIAN:

¿Cómo se forman?

Dado que en el ámbito de los valores y actitudes se mezclan los planos individual y social, las distintas teorías sobre la conducta se han orientado en estas dos perspectivas. La primera de ellas, la perspectiva Psicológica explica las actitudes como gustos, preferencias e inclinaciones, aversiones, que se derivan de las experiencias personales; la segunda, la perspectiva Sociológica las concibe como producto de la interacción social y como valores y actitudes socialmente compartidos. Es decir, estas perspectivas fluctúan entre el subjetivismo (valoración, gusto o interés individual) y la consideración de valores que merecen ser defendidos socialmente. (Bolívar, 1995: 71) .

En todo caso, las actitudes surgen como producto de la interrelación sujeto-medio, en la que los prejuicios, costumbres, valores sociales y discriminación juegan un papel determinante.

Distintos enfoques han explicado las génesis de las actitudes, entre los cuales se destacan:

- El enfoque cognoscitivo expone que las actitudes se forman de acuerdo al precepto de la armonía y de la buena forma. "En la naturaleza humana por muy plurales, dispares y aún en ocasiones contradictorias tendencias que broten de su seno, está inscrita la imantación hacia los bienes superiores, igual que nuestra dimensión cognoscitiva se polariza hacia la verdad"(Marín, 1976:85). Así, muchas de las actitudes básicas del ser humano se derivan de su experiencia personal, directa y temprana, que proporciona condiciones para la formación de actitudes positivas o negativas con carácter de estabilidad. Bajo este enfoque se destaca el papel del conocimiento o de la información en el desarrollo de actitudes. Resulta fácil comprender que en la medida en que se nos proporciona información concerniente a la conducta y/o actitudes de ciertos individuos, más fácil será el desarrollo de nuestra actitud hacia ellos.

- El enfoque de aprendizaje social o por imitación: sostiene que el ser humano, por su condición social, vive bajo la influencia de las actitudes, sentimientos y conductas de quienes le rodean.

2.3 .Definición De Términos:

- 1) **Actitud.-** Es una disposición nerviosa, mental a comportarnos de una determinada manera. Así, si valoramos alguna situación como negativa, lo más probable es que intentemos evitarla, lo contrario ocurriría con la valoración positiva. (Masías, 2006)
- 2) **Cérvix.-** La parte baja del útero que se conecta con la vagina. Esta apertura o hueco deja que salga la sangre del útero durante la menstruación (período). El cérvix también deja que entren las espermias al útero y las trompas de Falopio. (Diccionario Médico, 1992)
- 3) **Citología.-** Análisis que facilita una muestra de células de la superficie del cérvix, para la detección de los cambios pre-cancerígenos del cáncer cervical.
- 4) **Diagnóstico.-** Identificar una enfermedad por sus signos o síntomas mediante el uso de procedimientos de creación de imágenes y resultados de laboratorio. Mientras más temprano se haga un diagnóstico de cáncer, mejores serán las probabilidades de supervivencia a largo plazo. (Diccionario Médico, 1992).
- 5) **Displasia.-** Alteración precancerosa, en diferentes grados de gravedad, que puede regresar o evolucionar. También se utiliza éste término para describir una malformación congénita. (Diccionario Médico, 1992).
- 6) **Examen de Papanicolaou.-** Es un procedimiento en el cual se raspan las células del cuello uterino para examinarlas bajo un microscopio. Se usa para detectar cáncer o cambios que pueden conducir al cáncer. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar afecciones no cancerosas, como infección o inflamación. (Diccionario Médico, 1992)

- 7) **Infección.-** Invasión del organismo por agentes patógenos, especialmente microscópicos, como bacterias y virus, y posterior desarrollo de los mismos. Invasión del cuerpo por microorganismos que provocan una enfermedad. (Diccionario Médico, 1992).
- 8) **Lesiones.-** Es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad. (Diccionario Médico, 1992).
- 9) **Nivel de Conocimiento.-** Es el grado de conocimiento preestablecido ya sea alto medio o bajo.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION:

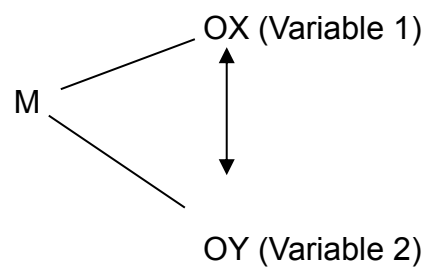
3.1 Tipo de la investigación

Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.

3.2 Diseño de Investigación

No experimental, correlacional.

Gráfico del diseño de investigación



M = Muestra

OX = Observación de la variable X, en una sola oportunidad.

OY= Observación de la variable Y, en una sola oportunidad.

X = Nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou.

Y = Actitud sobre la prueba del Papanicolaou.

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

Para realizar un diagnóstico con respecto al nivel de conocimiento y actitud a la prueba del Papanicolaou, se tomará en cuenta el promedio mensual de mujeres atendidas en el consultorio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, la población estimada representa un total de 142 mujeres en edad fértil.

3.3.2 Muestra

De acuerdo con Malhotra (1999) la muestra es una distribución de los valores que pueden ser arrojados de una población identificada bajo un plan específico.

Esta muestra debe ser representativa, en donde todos sus elementos deben presentar las mismas características, debe ser suficiente en cuanto a la cantidad de elementos seleccionados representativos del universo y debe estar libre de errores. En vista que este trabajo tiene una población finita, se aplica la siguiente fórmula definida por Fisher (1996) para la determinación de la muestra.

FORMULA INICIAL:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

N = Población

Z = 1,96 Nivel de confianza

p = 0,5 Probabilidad de ocurrencia

q = 0,5 Probabilidad de no ocurrencia

E = 0,05 Error sistemático

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 142}{0,05^2 \cdot (142 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n = 142 mujeres en edad fértil

TAMAÑO FINAL DE MUESTRA (n) CORREGIDA POR KISH:

$$(n) = (n_0) / (1 + (n_0) / N)$$

$$(n) = \frac{104}{(1 + (104) / 142)}$$

(n) = 60 mujeres en edad fértil

CUADRO 01
Población y muestra

EDAD	Población anual	Población mensual	Muestra
20 – 29	624	52	22
30 – 34	281	24	10
35 – 49	795	66	28
TOTAL	1700	142	60

3.4 Variables

Variable 1 = Nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou.

Variable 2 = Actitud sobre la prueba del Papanicolaou.

CUADRO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Es el conjunto de ideas, principios que se adquiere a lo largo de la vida originando cambios en el proceso del pensamiento.	Uso de la prueba de Papanicolaou. Momento de realizarse la prueba de Papanicolaou. Condiciones para realizarse la prueba de papanicolaou. Continuidad/ periodicidad de la prueba de papanicolaou. Mujeres que deben hacerse la prueba de papanicolaou. Toma la muestra para la prueba de Papanicolaou. Quien debe realizarse la prueba de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou puede producir un aborto.	Alto (a) de 7 a 10 puntos. Regular de 5 a 6 puntos. Bajo (a) de 0 a 4 puntos.
ACTITUD	Forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas.	Actitud para solicitar la toma de la prueba Disponibilidad de tiempo para acudir a realizarse el Papanicolaou Realización periódica de la prueba del Papanicolaou. Solicitud a la realización de la prueba en los últimos 3 años.	Adecuada: Si respondió favorablemente a las 4 respuestas sobre actitudes. Inadecuada: Si respondió desfavorablemente a 3 respuestas o menos sobre actitudes.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1 Técnicas

Encuesta

3.5.2 Instrumentos

Cuestionario

Eficacia del instrumento:

Para conformar la versión definitiva del instrumento se realizó:

Validez de contenido:

La validez del instrumento se realizó mediante el análisis de validez de contenido, por el método “Juicio de Expertos”, utilizando la opinión de 5 expertos especialistas vinculados con el tema (01 médico, 02 obstetras y 02 Gineco-obstetra). El análisis efectuado por los expertos incluyó la evaluación de los ítems de la encuesta desarrollada por los investigadores.

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

Validez de constructo:

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

CAPITULO IV: RESULTADOS

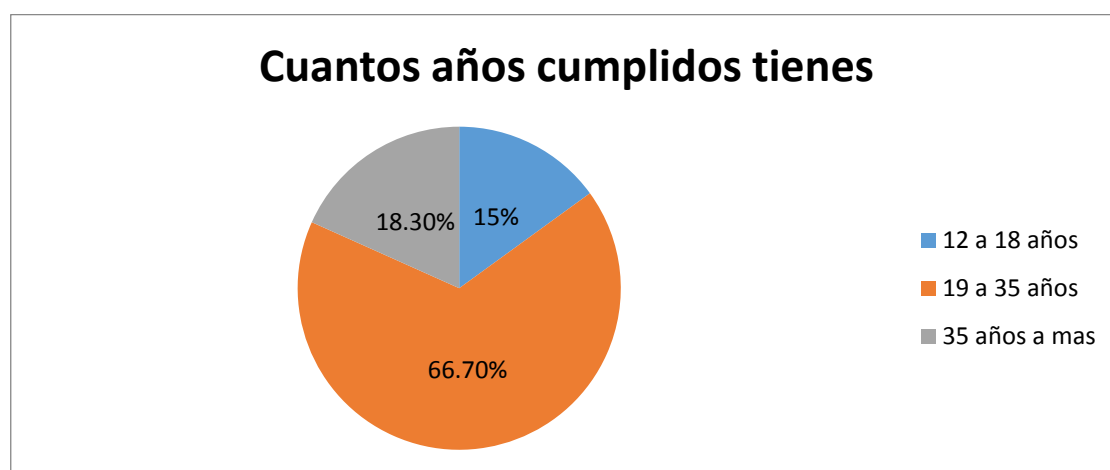
4.1. Resultados

TABLA 01

CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENES

	Frecuencia	Porcentaje
12 a 18 años	9	15%
19 a 35 años	40	66.70%
35 años a mas	11	18.30%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

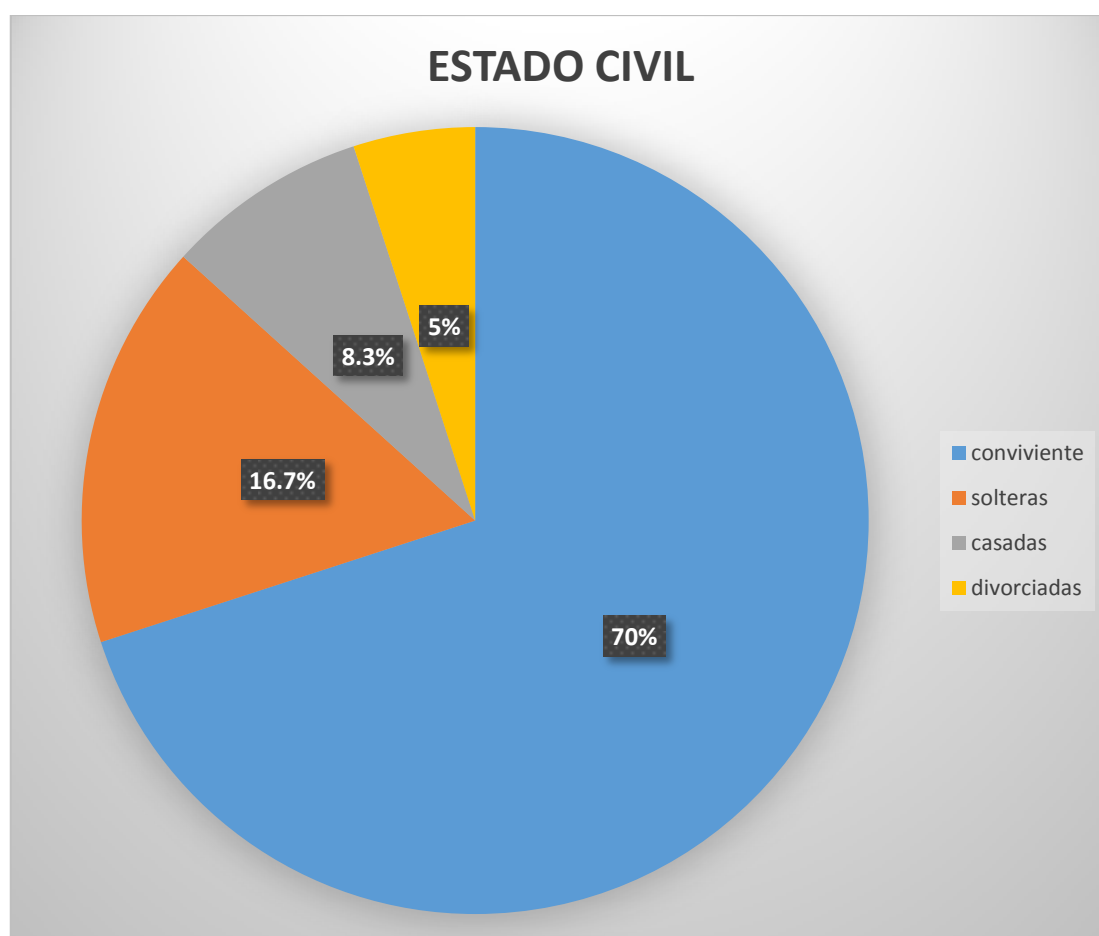


En la tabla 01: El 66.7% de las personas encuestadas oscila entre los 19 a 35 años, mientras el 15% comprende desde los 12 a 18 años y el 18.3% está dentro de los 35 años a más.

Tabla 02
Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	10	16.70%
Casada	5	8.30%
Conviviente	42	70%
Divorciada	3	5%
Total	60	100

Fuente: Elaboración Propia



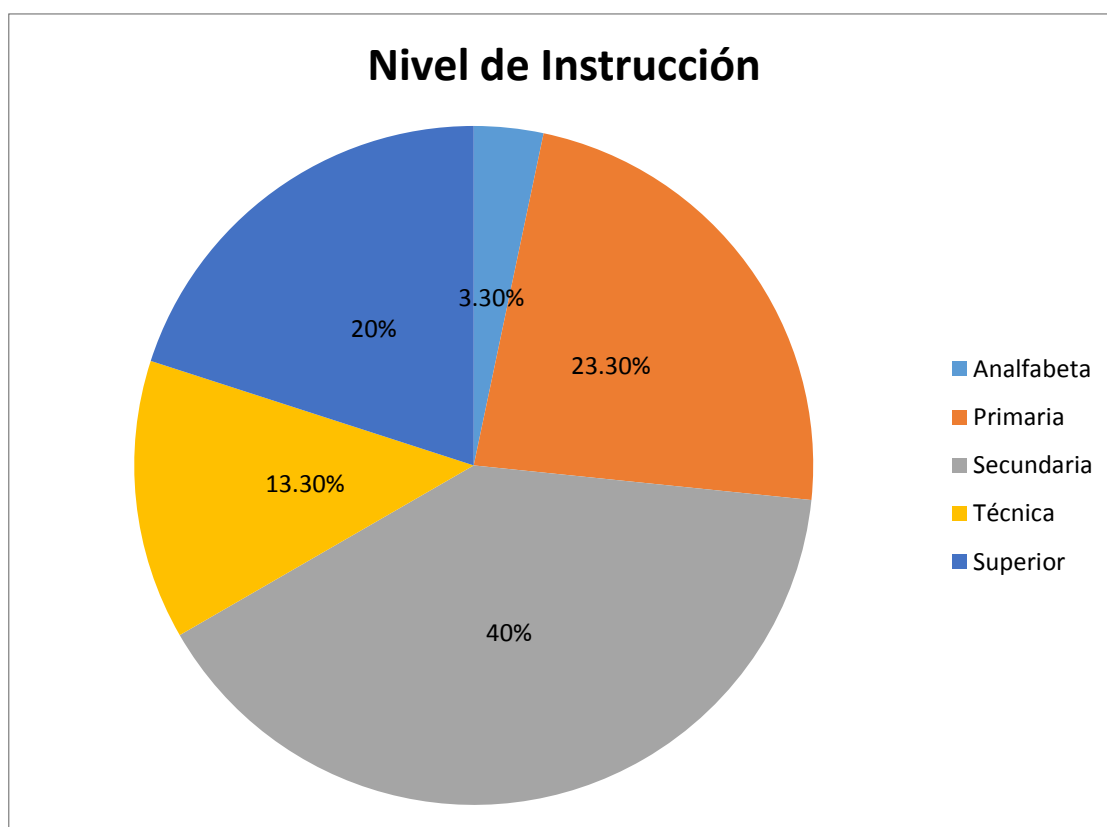
En la tabla 02: El 70% de las personas encuestadas son convivientes, el 16.7% son solteras, el 8.3% son casadas y el 5% son divorciadas.

Tabla 03

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	3.30%
Primaria	14	23.30%
Secundaria	24	40%
Técnica	8	13.30%
Superior	12	20%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



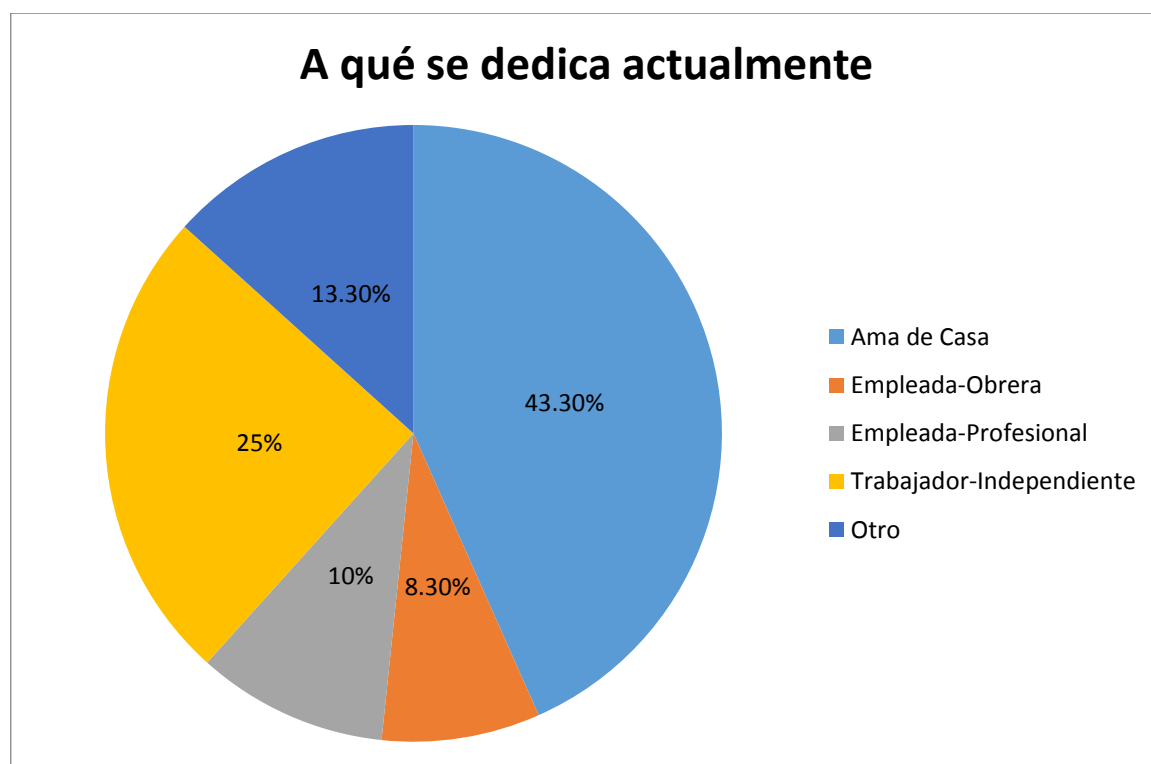
En la tabla 3: El 3.3 % son analfabetas, el 23.3% estudiaron solo la primaria, el 40% estudiaron la secundaria completa, el 13.3 % estudiaron una carrera técnica y el 20% culminó su estudio superior universitario.

Tabla 04

A QUÉ SE DEDICA ACTUALMENTE

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	26	43.30%
Empleada-Obrera	5	8.30%
Empleada-Profesional	6	10%
Trabajador-Independiente	15	25%
Otro	8	13.30%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

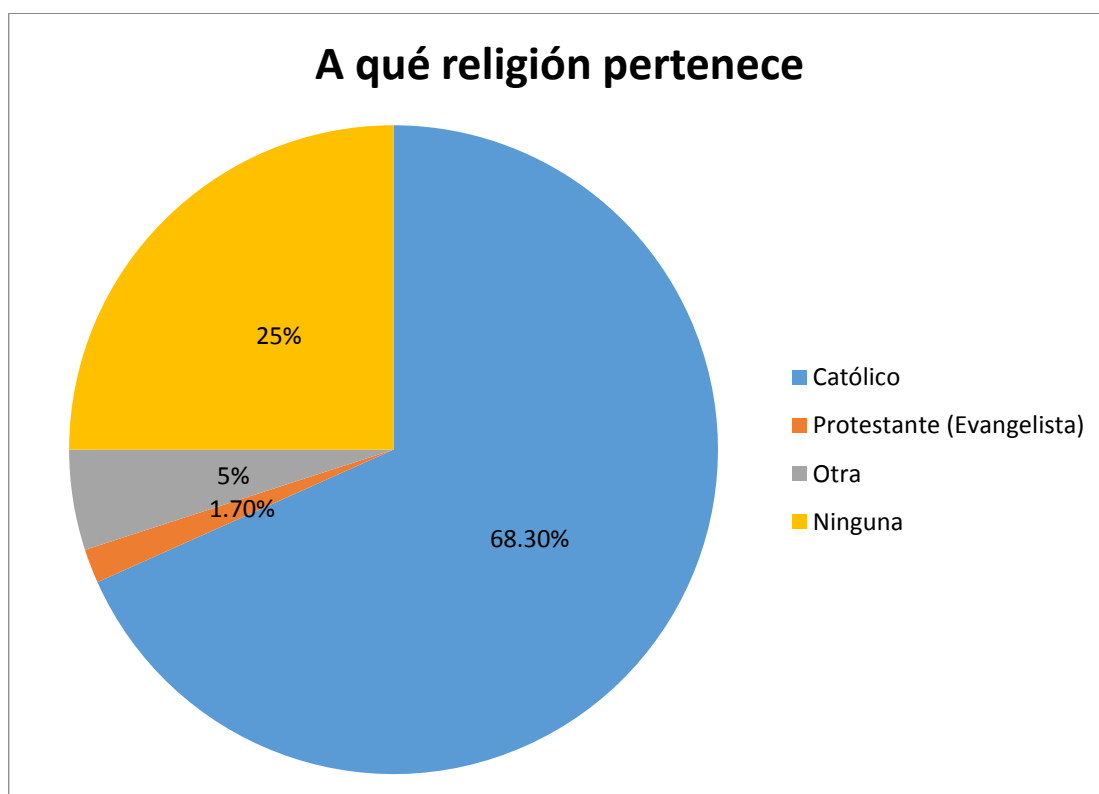


El 43.3% de las personas encuestadas son ama de casa, el 25% son trabajadoras independientes, el 13.3% no trabajan, el 10% son trabajadoras profesionales y el 8.30% son trabajadoras obreras.

Tabla 05

A QUÉ RELIGIÓN PERTENECE

	Frecuencia	Porcentaje
Católico	41	68.30%
Protestante (Evangelista)	1	1.70%
Otra	3	5%
Ninguna	15	25%
Total	60	100



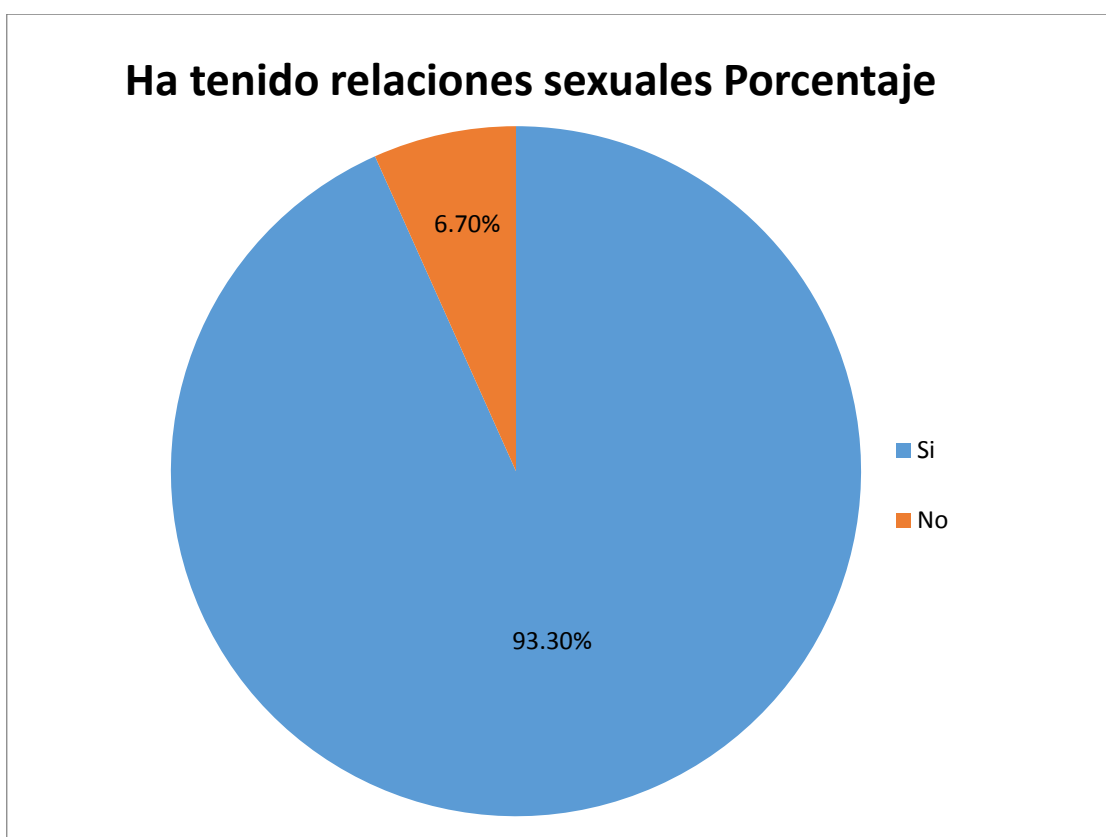
En la tabla 05: El 68.3 % de las personas encuestadas son católicas, el 25% no pertenecen a una religión, el 5% son evangélicas y un 1.7% son protestante.

TABLA 06

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES

	Frecuencia	Porcentaje
Si	56	93.30%
No	4	6.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



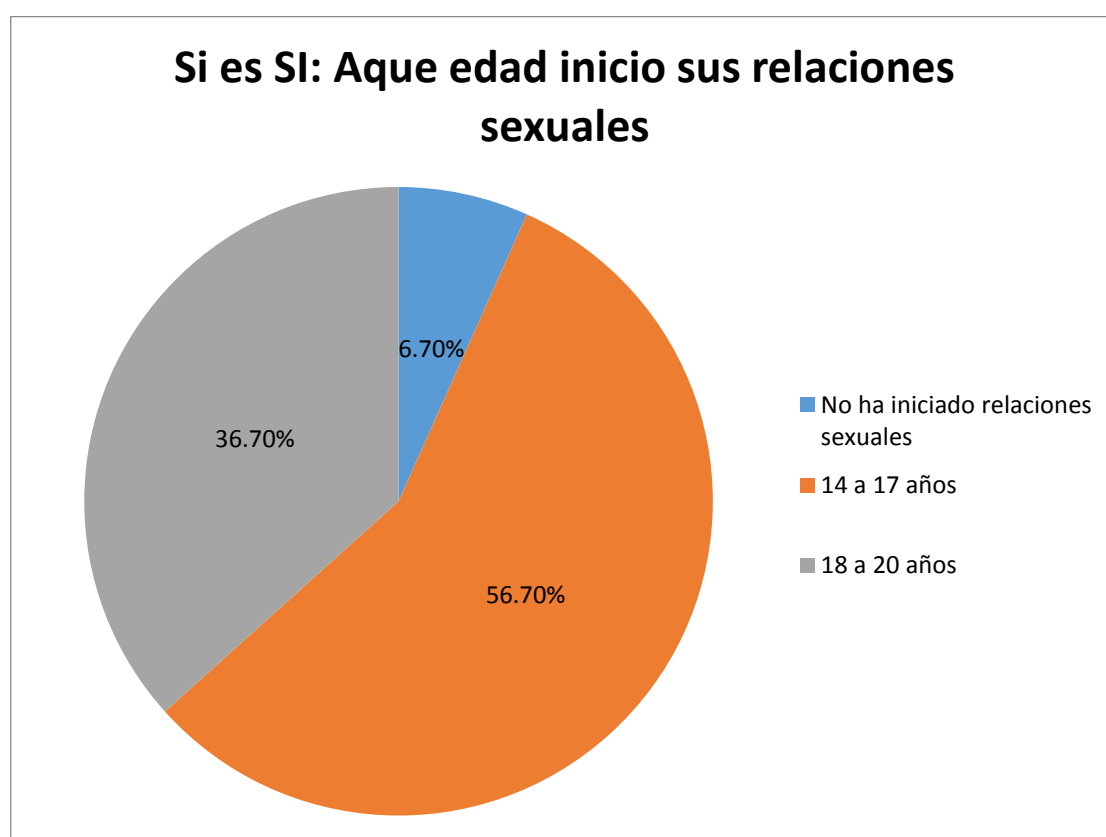
El 93.3% de la población encuestada tuvo relaciones sexuales, mientras el 6.7% no tienen relaciones sexuales

Tabla 07

SI ES SI: A QUÉ EDAD INICIO SUS RELACIONES SEXUALES

	Frecuencia	Porcentaje
No ha iniciado relaciones sexuales	4	6.70%
14 a 17 años	34	56.70%
18 a 20 años	22	36.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



En la presente tabla el 56.7% de las personas encuestadas iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 17 años, el 36% tuvo sus relaciones sexuales entre los 18 y 20 años, mientras que el 6.7% no tuvieron relaciones sexuales.

Tabla 08

CUANTOS PARTOS HA TENIDO

	Frecuencia	Porcentaje
0	10	16.70%
1	22	36.70%
2	15	25%
3	7	11.70%
4	4	6.70%
5	1	1.70%
6	1	1.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



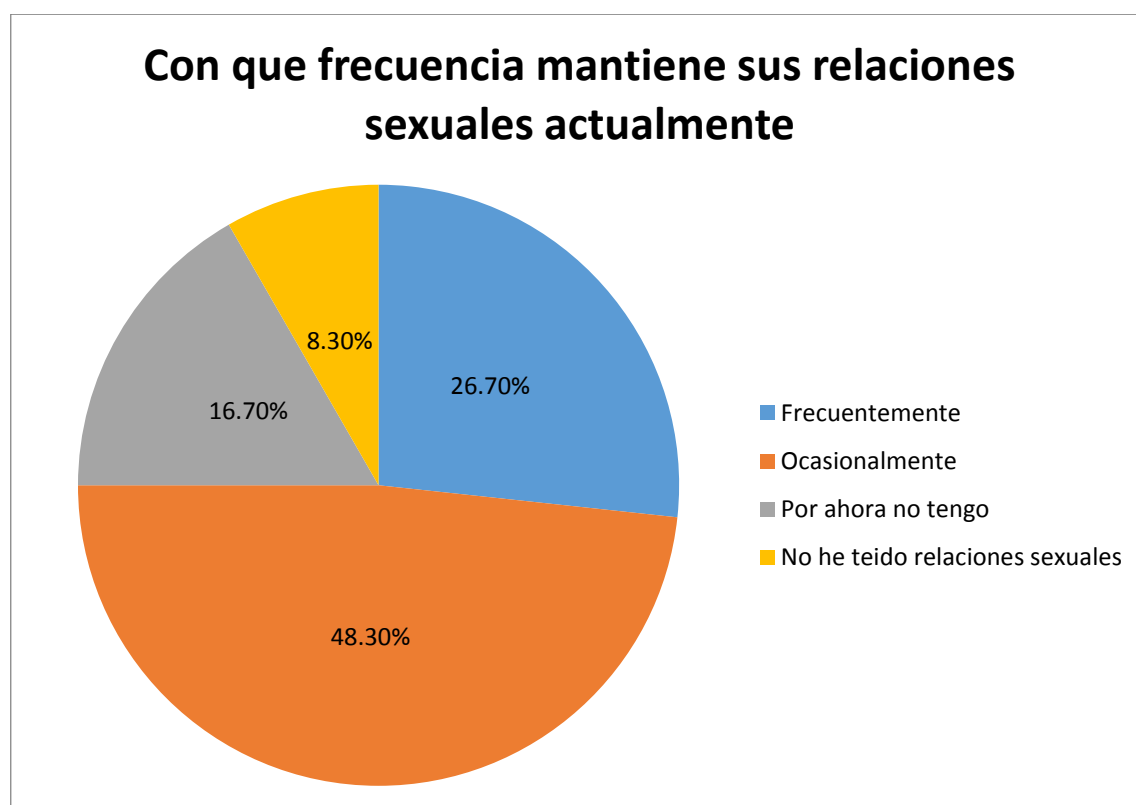
En la presente tabla se puede observar que el 36.7% de las personas encuestadas tuvo un solo parto, el 25% tuvieron 2 partos, mientras que el 16.7% ningún parto, el 11% tuvieron 3 partos, el 6% tuvieron 4 partos y el 1.7% tuvo entre 5 y 6 partos.

Tabla 09

CON QUE FRECUENCIA MANTIENE SUS RELACIONES SEXUALES ACTUALMENTE

	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	16	26.70%
Ocasionalmente	29	48.30%
Por ahora no tengo	10	16.70%
No he tenido relaciones sexuales	5	8.30%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

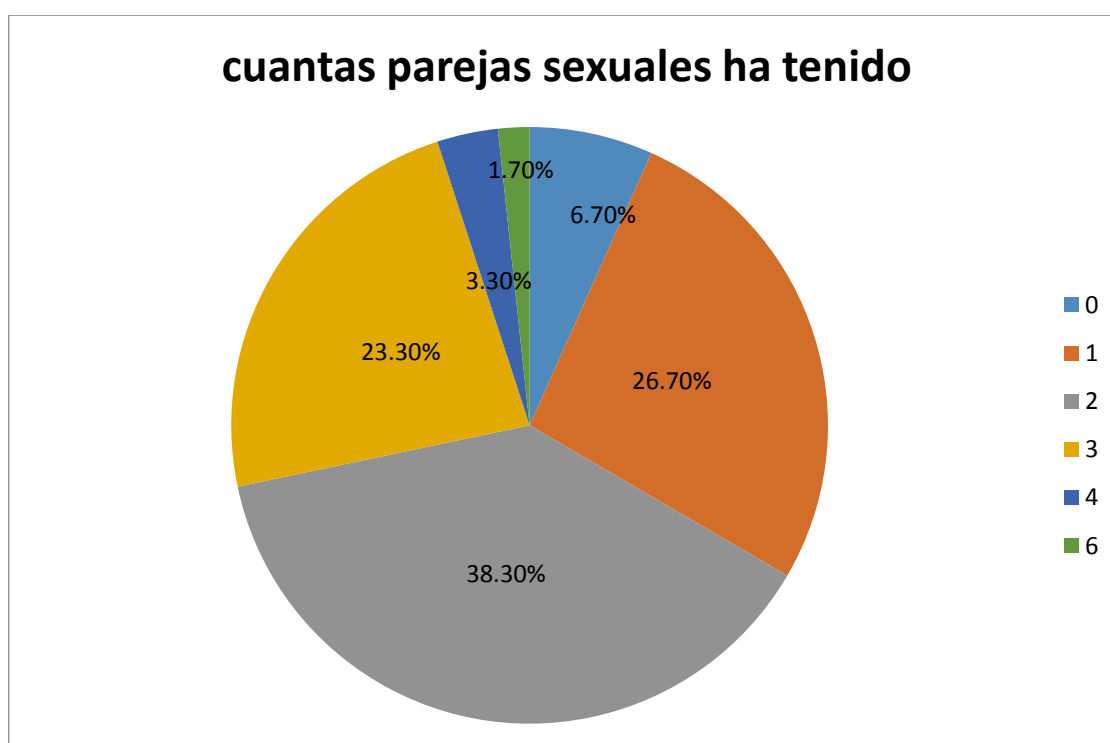


La tabla muestra que 29 mujeres tienen relaciones sexuales ocasionalmente que equivale a un 48,3%, 16 mujeres tienen relaciones sexuales frecuentemente que equivale a un 26,7 %, 10 mujeres por ahora no mantienen relaciones sexuales que equivalen a un 16,7%, 5 mujeres no han tenido relaciones sexuales que equivalen a un 8,3 %.

Tabla 10
CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO

	Frecuencia	Porcentaje
0	4	6.70%
1	16	26.70%
2	23	38.30%
3	14	23.30%
4	2	3.30%
6	1	1.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

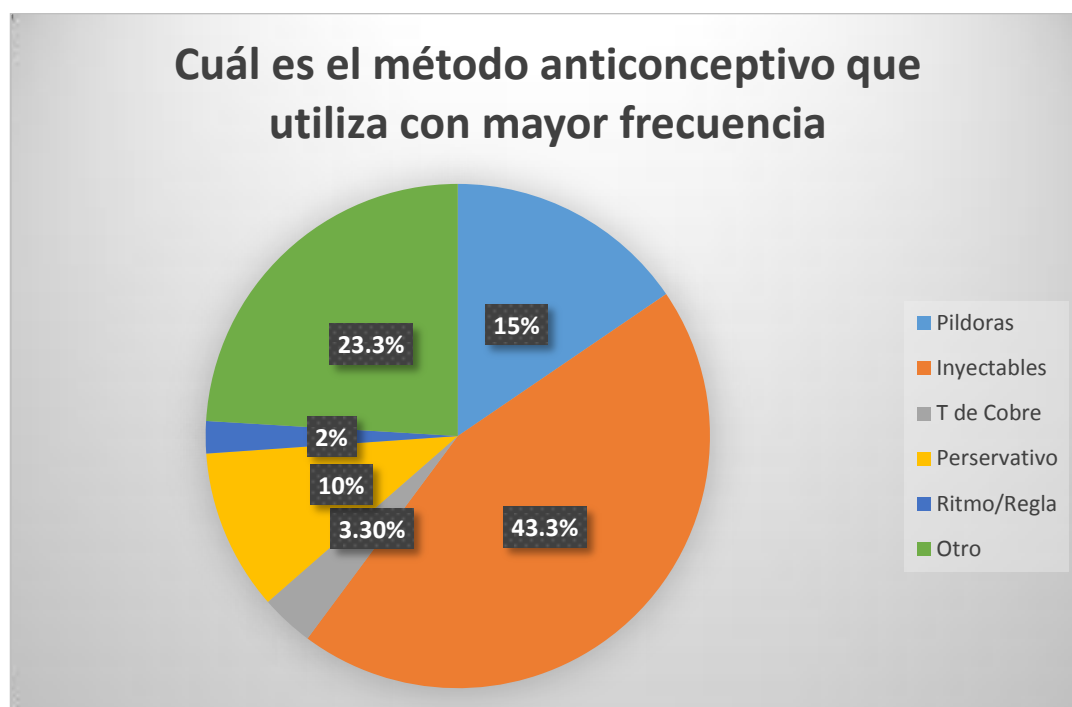


El 38,3% de las personas encuestadas que equivale a 23 tuvieron dos parejas sexuales, el 26,7% que equivale a 16 tuvieron una sola pareja sexual, el 23 % que equivale a 14 tuvieron tres parejas sexuales, el 6,7% que equivale a 4 ninguna pareja, el 3,3% que equivale a 2 cuatro parejas sexuales, y el 1,7 que equivale 1 tuvieron seis parejas sexuales.

Tabla 11
CUÁL ES EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZA CON
MAYOR FRECUENCIA

	Frecuencia	Porcentaje
Píldoras	9	15%
Inyectables	26	43.30%
T de Cobre	2	3.30%
Preservativo	6	10%
Ritmo/Regla	3	2%
Otro	14	23.30%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

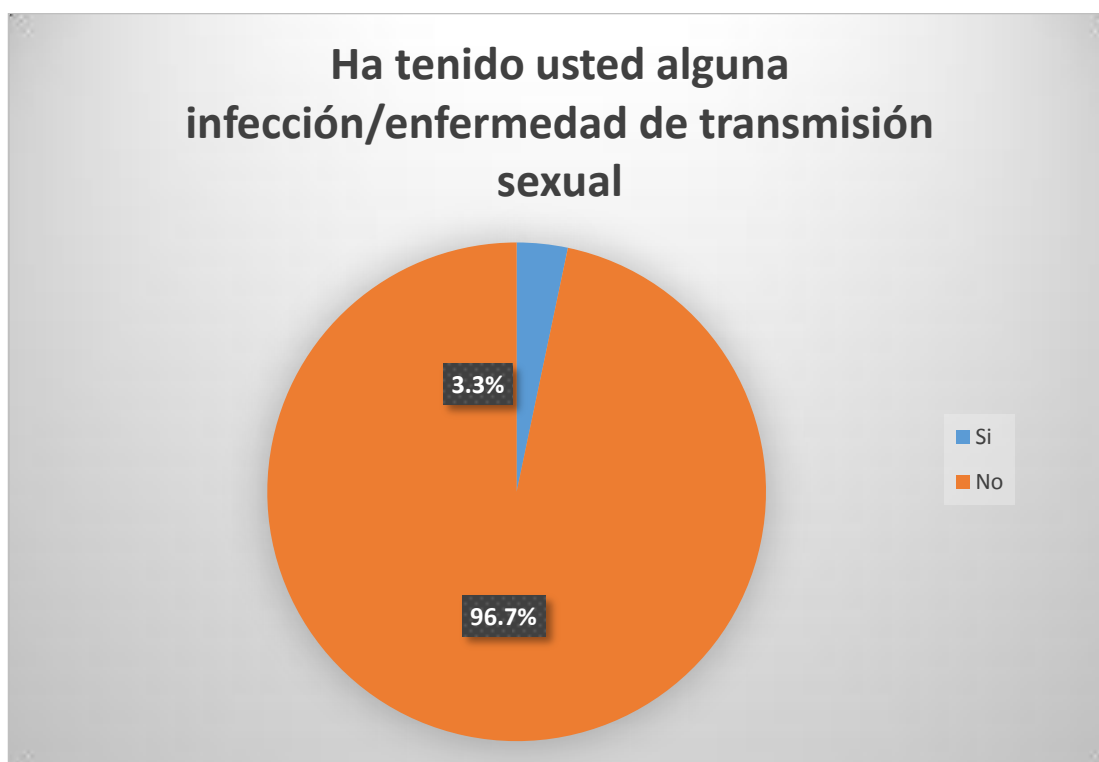


En la presente tabla el 43,3% de las personas encuestadas utilizan inyectables, el 23% no utilizan ningún método, el 15% utilizan píldoras, el 10 % utilizan condones, 3,3% utilizan T de cobre y el 2% el método del ritmo.

Tabla 12
HA TENIDO USTED ALGUNA INFECCIÓN/ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3.30%
No	58	96.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

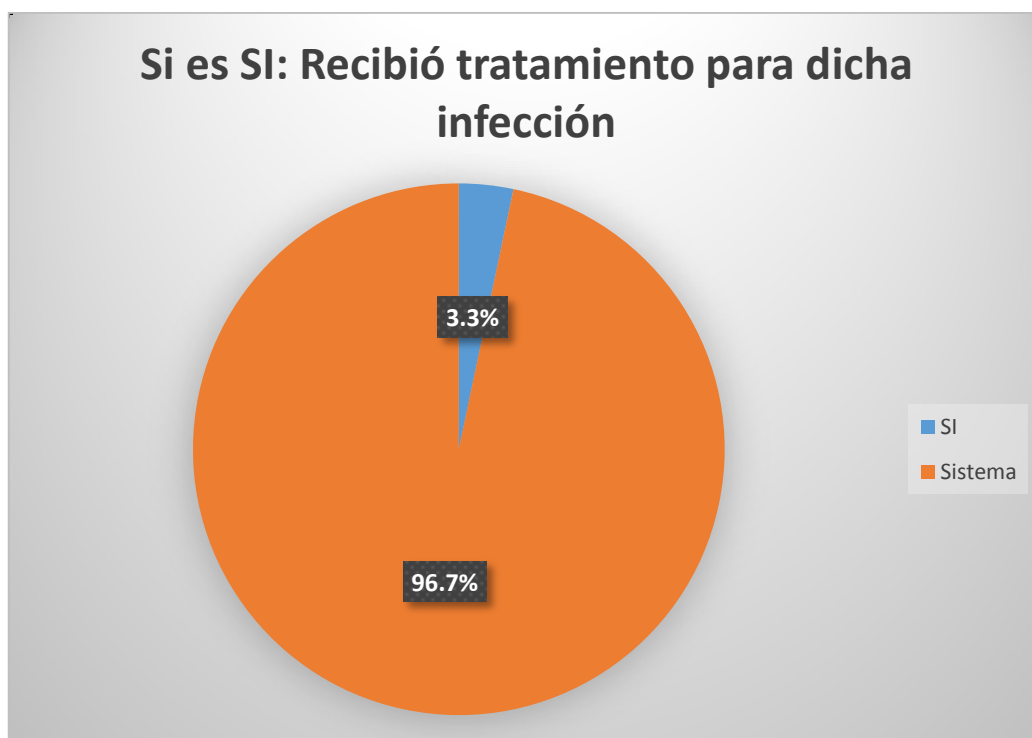


En la tabla 12 el 96,7% de las personas encuestadas no han tenido alguna infección de transmisión sexual, mientras que el 3,3% si han tenido una infección de transmisión sexual.

Tabla 13

SI ES SI: RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA DICHA INFECCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	3.30%
No	0	
total	2	3.30%
sistema	58	96.7%
Total	60	100%



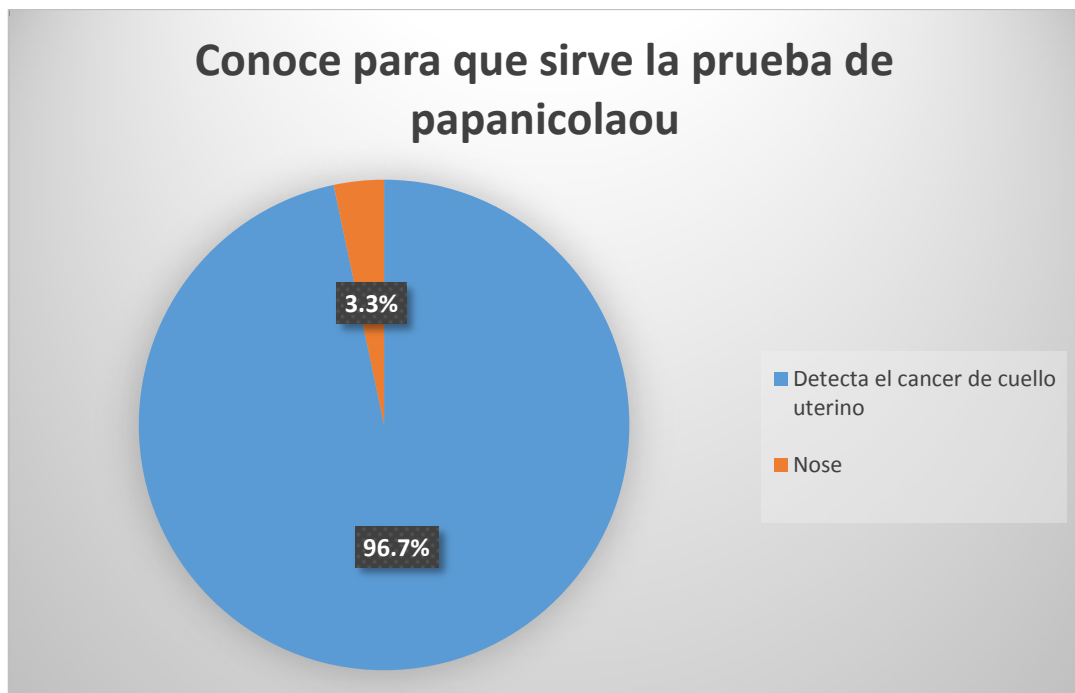
De las 2 personas que tuvieron una infección de transmisión sexual el 100% de ellos recibieron tratamiento.

Tabla 14

CONOCE PARA QUÉ SIRVE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

	Frecuencia	Porcentaje
Detecta el cáncer de cuello uterino	58	96.70%
No se	2	3.30%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



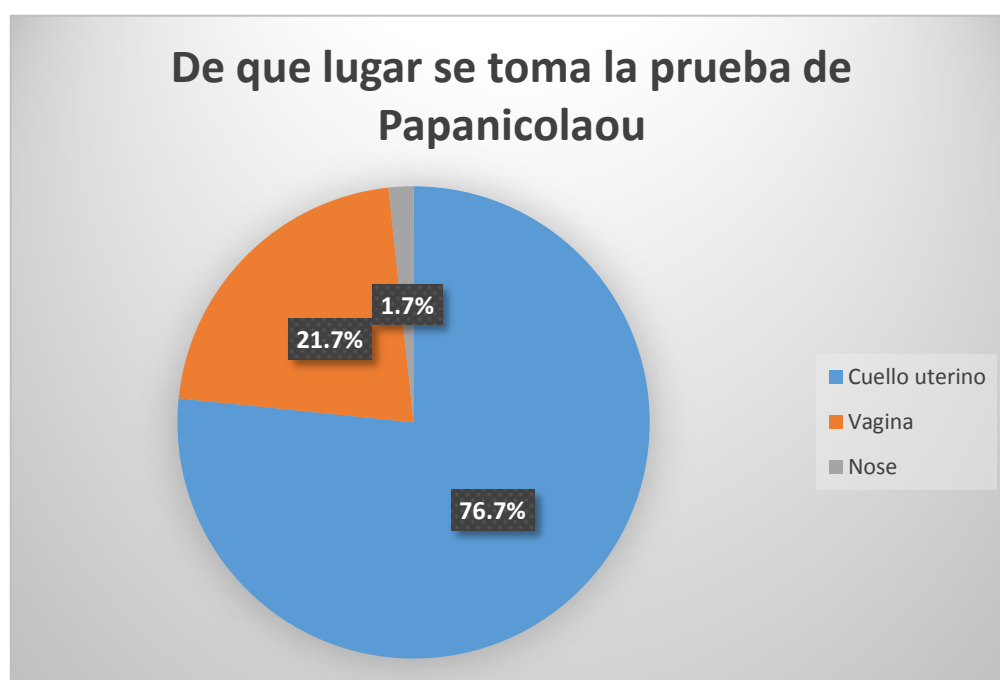
El 96.7% que equivale a 58 de las personas encuestadas si conocen para qué sirve la prueba de Papanicolaou, mientras el 3.3% que equivale a 2 no conoce sobre la prueba de Papanicolaou.

Tabla 15

DE QUÉ LUGAR SE TOMA LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU

	Frecuencia	Porcentaje
Cuello uterino	46	76.70%
Vagina	13	21.70%
No se	1	1.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



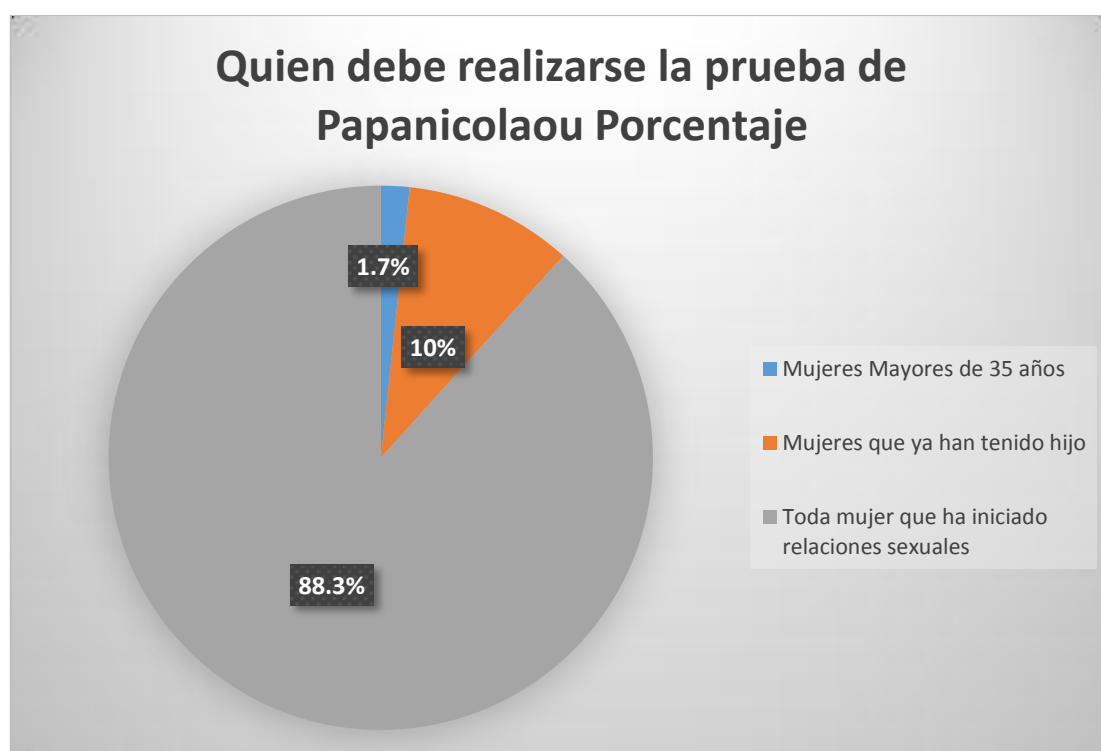
En la siguiente tabla el 76.7% de las personas encuestadas marcaron que la muestra para el Papanicolaou se obtiene del cuello uterino, el 21.7% marcaron que la muestra se obtiene de la vagina, mientras 1.7 % no sabe.

Tabla 16

QUIEN DEBE REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres Mayores de 35 años	1	1.70%
Mujeres que ya han tenido hijo	6	10%
Toda mujer que ha iniciado relaciones sexuales	53	88.30%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



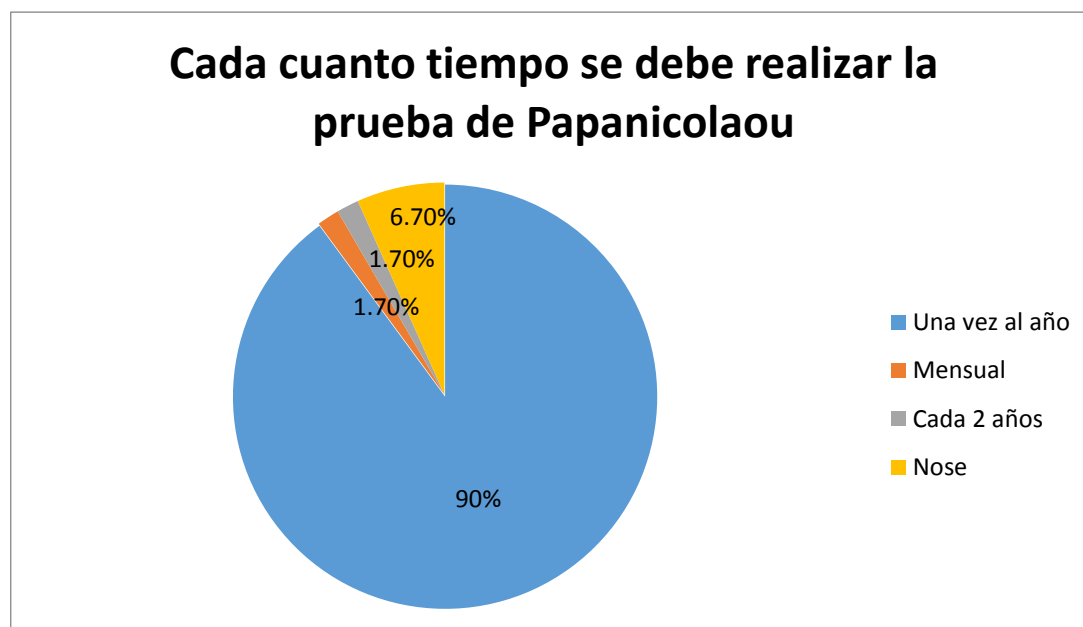
El 83.3% de las personas encuestadas opinaron que debe realizarse la prueba de Papanicolaou toda mujer que ya ha iniciado relaciones sexuales, mientras el 10% opinaron que deben realizarse mujeres que ya han tenido hijo y un 1.7% mujeres mayores de 35 años.

Tabla 17

CADA CUANTO TIEMPO SE DEBE REALIZAR LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al año	54	90%
Mensual	1	1.70%
Cada 2 años	1	1.70%
No se	4	6.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



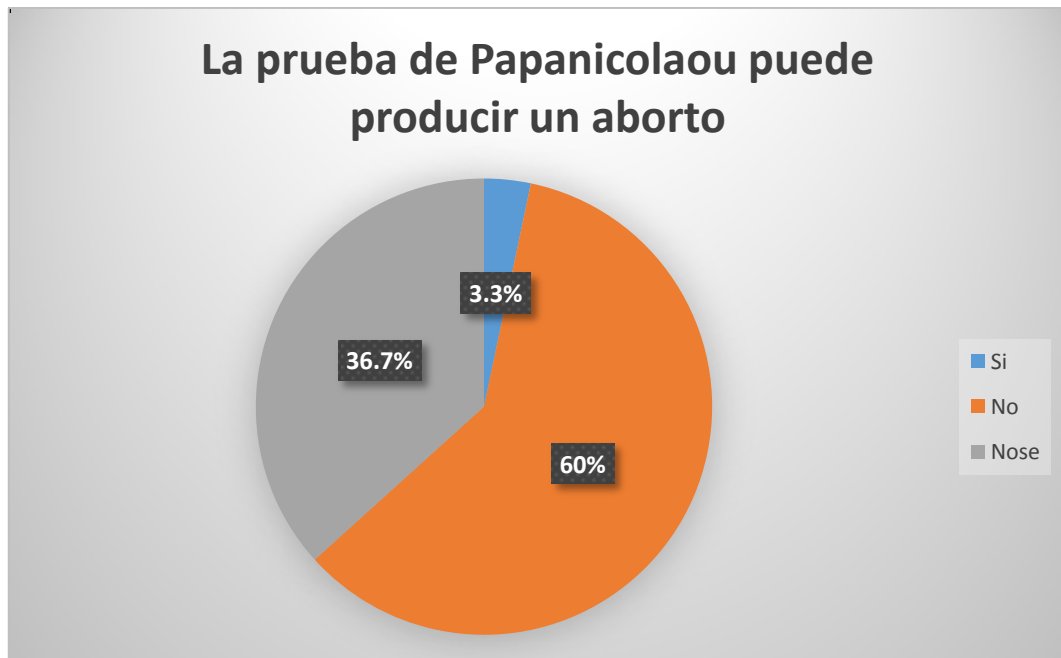
El 90% de las personas encuestadas opinan que la prueba de Papanicolaou debe realizarse una vez al año, el 1.7 % mensual y cada 2 años, el 6.7% no sabe.

Tabla 18

LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU PUEDE PRODUCIR UN ABORTO.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3.30%
No	36	60%
No se	22	36.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia

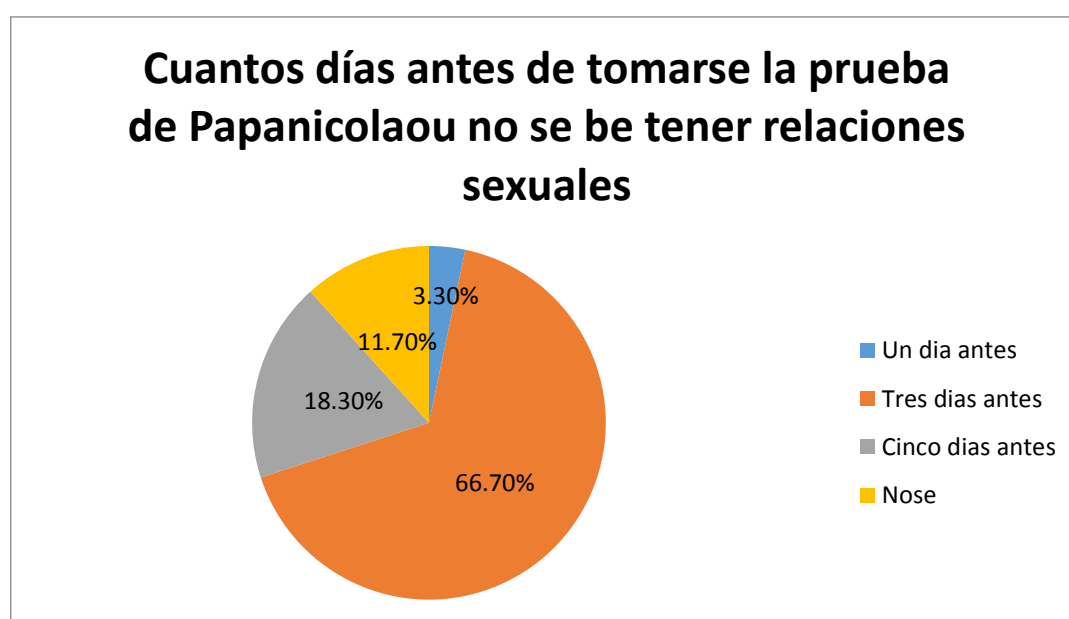


El 60 % de las personas encuestadas opinan que la prueba de Papanicolaou no produce un aborto, el 36.7 % no sabe y el 3.3 % opinan que si produce un aborto.

Tabla 19
CUANTOS DÍAS ANTES DE TOMARSE LA PRUEBA DE
PAPANICOLAOU NO SE BE TENER RELACIONES SEXUALES.

	Frecuencia	Porcentaje
Un día antes	2	3.30%
Tres días antes	40	66.70%
Cinco días antes	11	18.30%
No se	7	11.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



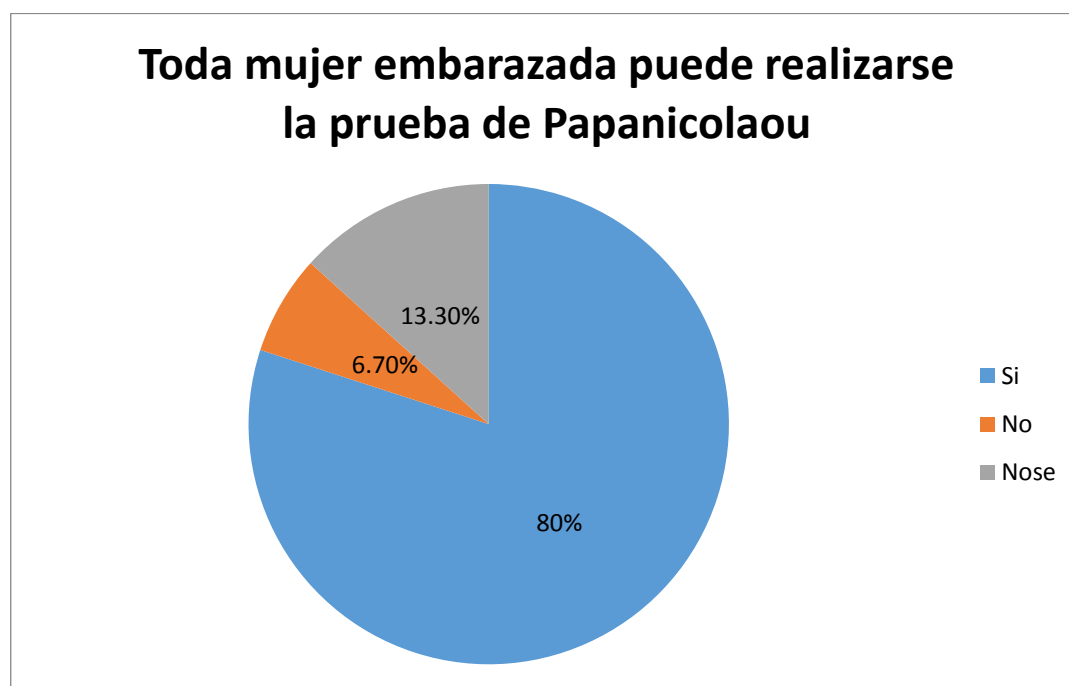
El 66.7 % que equivale a 40 personas encuestadas opinan que para la toma de Papanicolaou no se debe tener relaciones sexuales 3 días antes, 18.3% que equivale a 11 personas 5 días antes, el 3.3% opina 1 día antes y el 11.7% no sabe.

Tabla 20

TODA MUJER EMBARAZADA PUEDE REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	80%
No	4	6.70%
No se	8	13.30%
Total	60	100%

Fuente: Elaboración propia

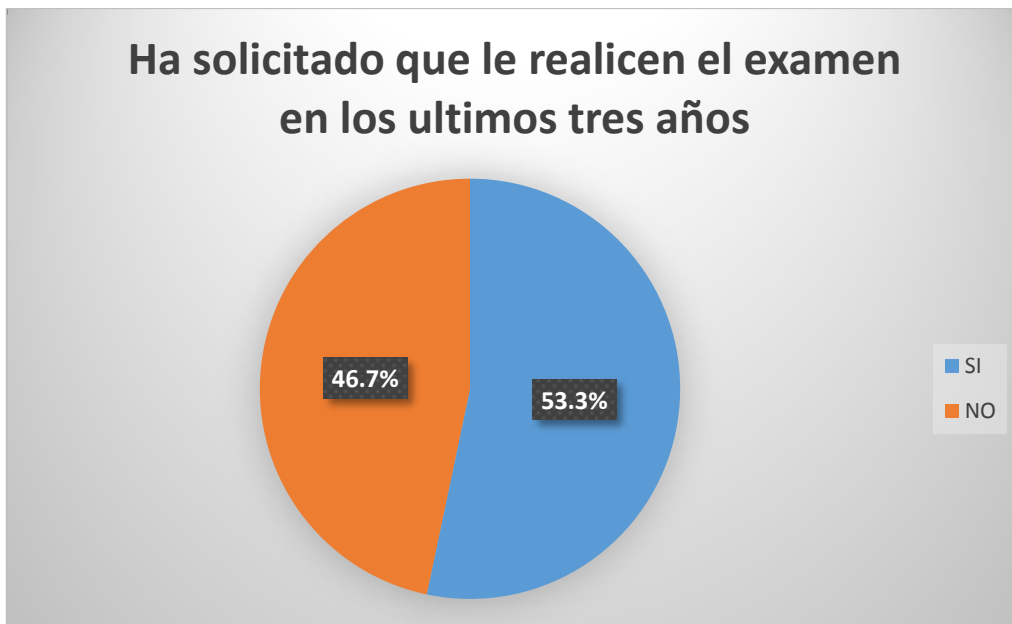


El 80% de las personas encuestadas opina que toda mujer embarazada debe realizarse la prueba de Papanicolaou, el 13.3% no sabe y el 6.7% opina que no.

Tabla 21
HA SOLICITADO QUE LE REALICEN EL EXAMEN EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	53.30%
No	28	46.70%
Total	60	100%

Fuente: Elaboración Propia



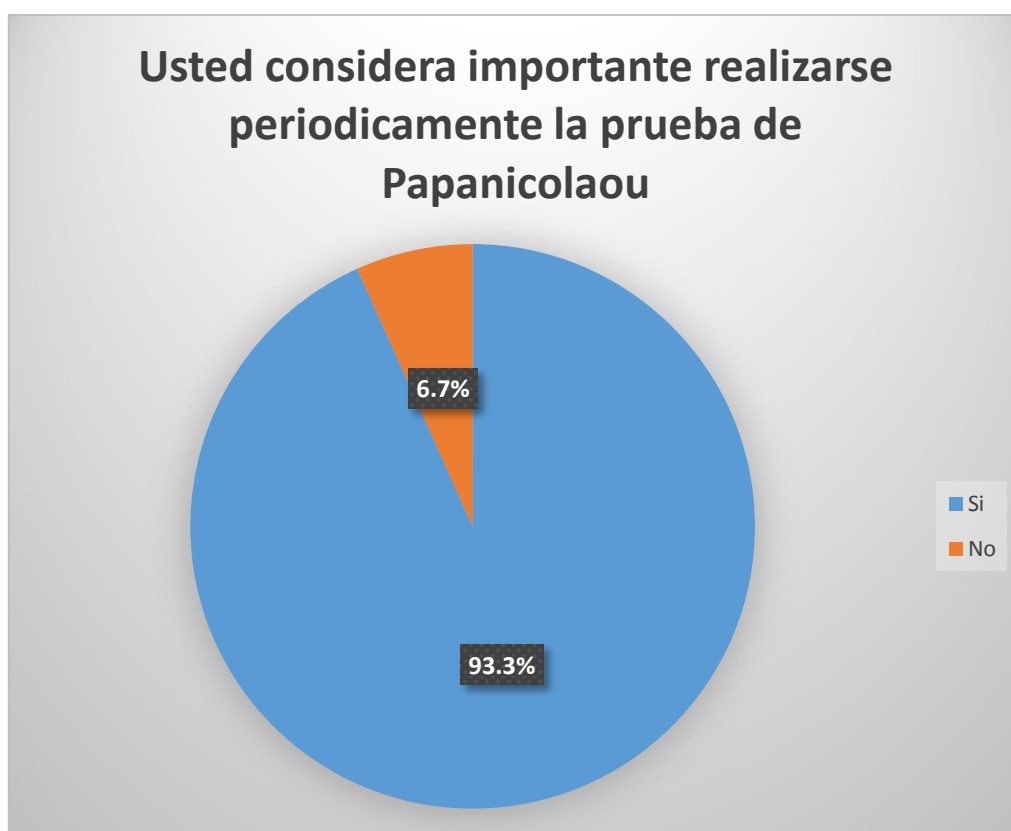
En la tabla 21: El 53.3% de las personas encuestadas han solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años y el 47 % no han solicitado la prueba de Papanicolaou.

Tabla 22

USTED CONSIDERA IMPORTANTE REALIZARSE PERIÓDICAMENTE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	56	93.30%
No	4	6.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



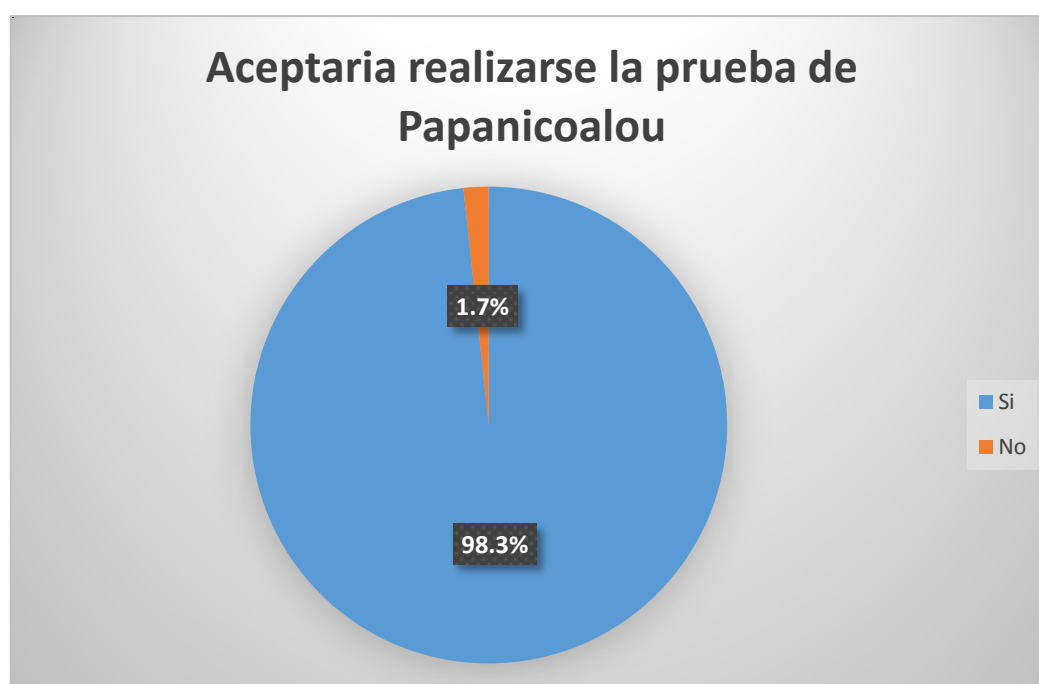
El 93.3 % de las personas encuestadas considera importante realizarse la prueba periódicamente la prueba de Papanicolaou mientras que el 6.7 % no.

Tabla 23

ACEPTARÍA REALIZARSE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	98.30%
No	1	1.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia



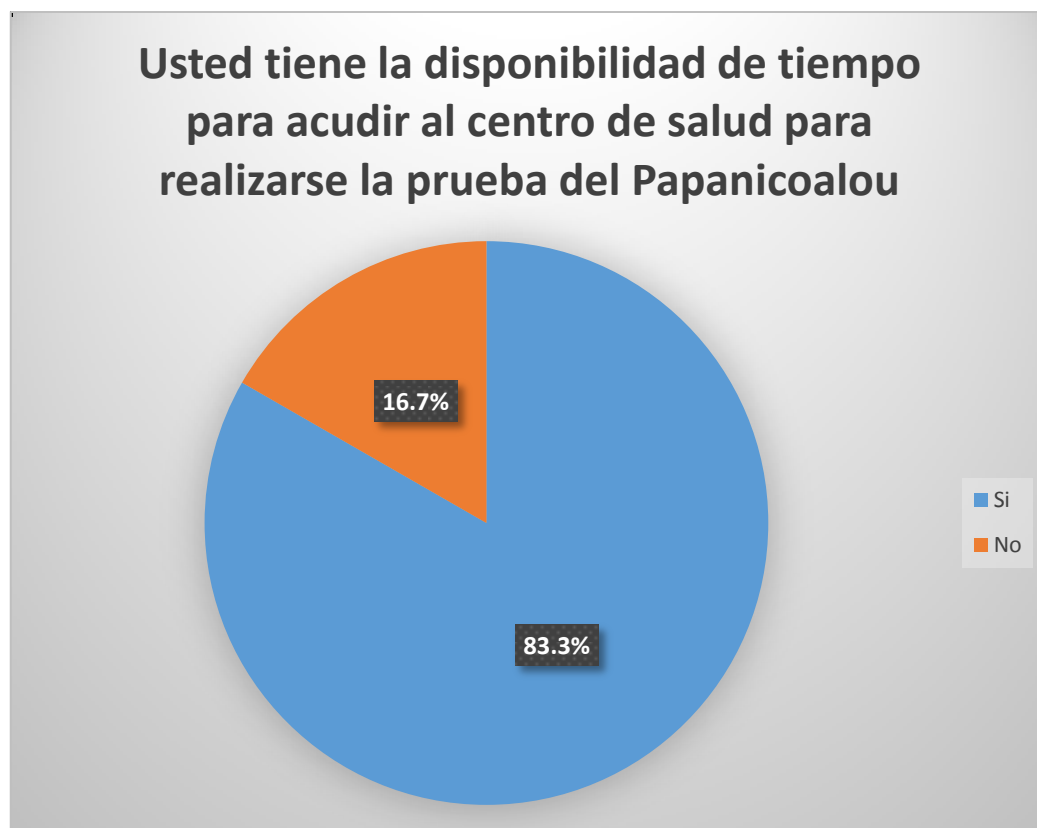
El 98.3% si aceptaría realizarse la prueba de Papanicolaou, mientras el 1.7% no aceptaría realizarse la prueba de Papanicolaou.

Tabla 24

USTED TIENE LA DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD PARA REALIZARSE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	83.30%
No	10	16.70%
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia.



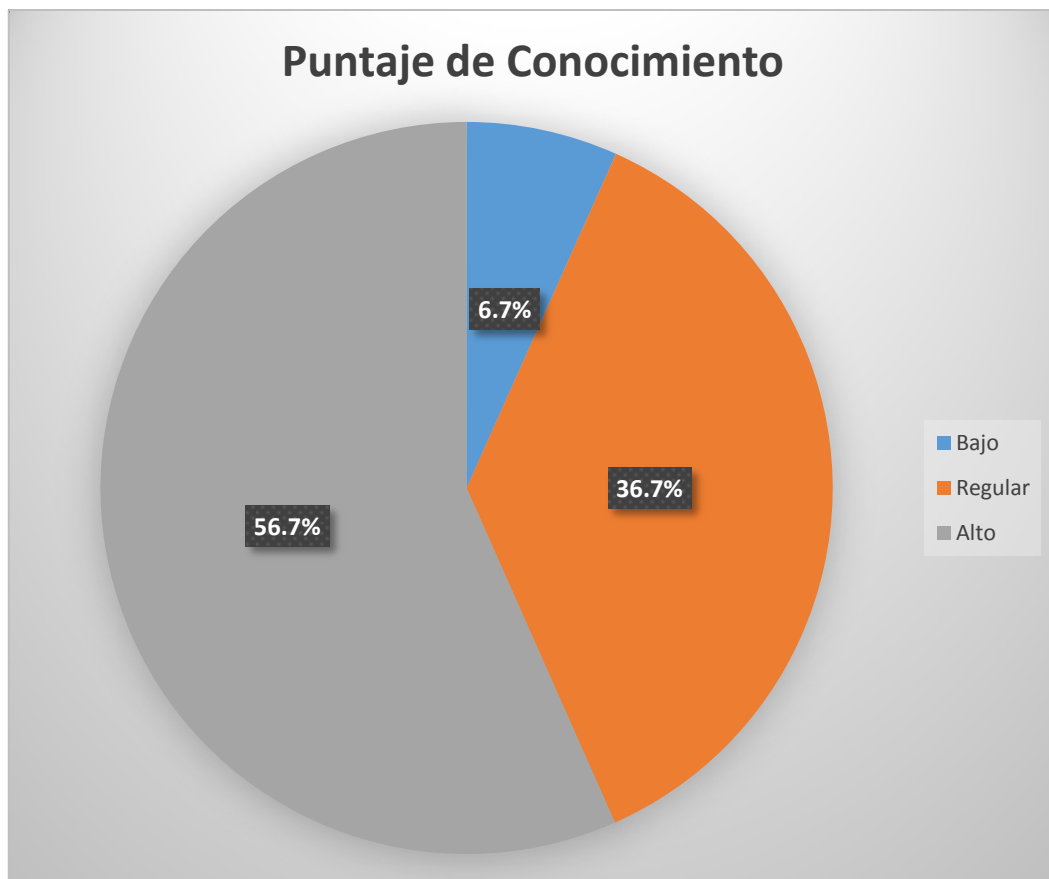
El 83.3% de las personas encuestadas si tiene la disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud para realizarse la prueba de Papanicolaou, mientras que el 16.7% no.

Tabla 25

PUNTAJE DE CONOCIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	6.7%
Regular	22	36.7%
Alto	34	56.7%
Total	60	100%

Fuente: elaboración propia.



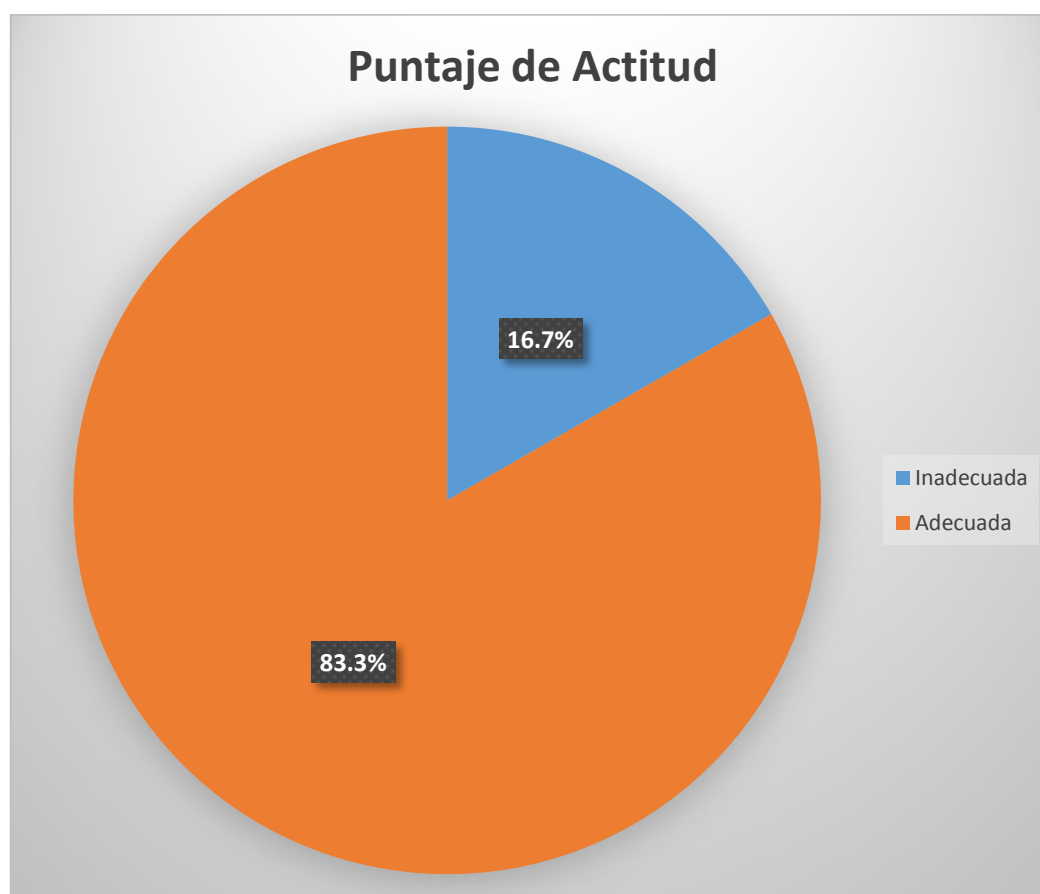
El 56.7% de las personas encuestadas tiene un puntaje de conocimiento alto que acudieron al centro de salud para realizarse la prueba de Papanicolaou, mientras que el 6.7% obtuvo un bajo puntaje de conocimiento.

Tabla 26

PUNTAJE DE ACTITUD

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	10	16.70%
Adecuada	50	83.30%
Total	60	100%

Fuente: Elaboración propia



El 83.3% de las personas encuestadas si tiene una de adecuada disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud para realizarse la prueba de Papanicolaou, mientras que el 16.7% no.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la determinación de la Prueba de Hipótesis, seguimos el criterio más aceptado por la comunidad científica, empleando un nivel de significancia a del 5 % (0,05), y también hemos fijado un Nivel de Confianza del 95 %.

Eso quiere decir que los resultados hallados en el Software SPSS, denominado p Estadístico (Dado como valor Sig.), se compara con el nivel de significancia a 5 % (0,05).

Si el p estadístico es mayor que el resultado, entonces se acepta la Hipótesis Nula. Si el p estadístico es menor que el resultado, entonces se rechaza la Hipótesis Nula, y se acepta la Hipótesis Alternativa (Hipótesis de investigación).

HIPÓTESIS NULA (H_0): Independencia de las dos variables: La actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 no depende del nivel de conocimiento que tengan sobre la prueba del Papanicolaou.

HIPÓTESIS ALTERNA (H_1): Dependencia de las dos variables: La actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 depende del nivel de conocimiento que tengan sobre la prueba del Papanicolaou.

Si $p \leq 0,05$ entonces rechazo H_0

Lo que quiere decir que la actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 depende del nivel de conocimiento que tengan sobre la prueba del Papanicolaou

Tabla 27
Correlaciones

		de la Actitud	Conocimiento
de la Actitud	Correlación de Pearson	1	,433**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	60	60
Conocimiento	Correlación de Pearson	,433**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	60	60

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio realizado se obtuvo que la mayoría (66.7 %) de las usuarias entrevistadas tienen entre 19 y 35 años; otra investigación, realizada por Carrasco y Valera, obtuvo el 42,34% oscilan entre los 20 y 29 años; y en otro

estudio realizado por Figueroa, la edad promedio de las encuestadas fue de 30 a 37 años.

En relación al grado de instrucción encontramos que solo el 40% concluyo el nivel Secundaria, otra investigación realizada por Carrasco y Valera, obtuvo que el 44,14% son de nivel secundario. Figueroa concluyo en su estudio la mayoría de las usuarias entrevistadas presentaron un bajo nivel de escolaridad.

El 70 % de nuestra población de estudio es conviviente y el 16.7% son solteras. Otras investigaciones realizadas por: Carrasco y Valera obtuvieron que el 61,26% son convivientes; Figueroa obtuvo que la mayoría eran casadas o vivían en unión libre (68%).

Es importante saber su convivencia actual para poder determinar si la convivencia influye en las actitudes de las mujeres.

Respecto a la ocupación, más del 43,3 % de las usuarias entrevistadas son amas de casa, y el 25% son trabajadoras independientes. Según Figueroa obtuvo que el 81% eran amas de casa.

La religión es un factor que puede tener gran influencia en temas sexuales, tanto en conocimientos como actitud. En nuestro estudio más del 68.3% de las usuarias entrevistadas son de religión Católica, y casi un 1.7% pertenecen a la religión Evangélica.

En cuanto a las características sexuales de la usuaria entrevistadas, se obtuvo que el 93.3 % han tenido relaciones sexuales, la edad promedio de su primera relación sexual es de 17 años (56.7%); esto demuestra que la primera relación sexual se da a una edad temprana. En otras investigaciones realizados por: Martínez y Vásquez obtuvo como resultado que el 58.6% de las mujeres inicio sus relaciones sexuales entre los 16-20 años. El 48.3% mantienen ocasionalmente relaciones sexuales. Y se obtuvo como promedio del número de compañeros sexuales 1.

En cuanto a las características reproductivas el 6.7% de las personas encuestadas no tuvieron parto, el 43.3% utilizan un método anticonceptivo y el 96.7% no han tenido alguna infección de transmisión sexual.

En cuanto a conocimiento el 96.7% de las personas encuestadas si conocen para qué sirve la prueba de Papanicolaou. En los resultados obtenidos por Bazán F. Posso M. y Gutiérrez C el 63% tuvieron nivel bajo de conocimiento en la prueba del Papanicolaou. Seminario y col obtuvo como resultado que el 44,8 % tuvieron nivel alto de conocimientos en la prueba de Papanicolaou. En otra investigación realizada por Carrasco y Valera, el 60.36% conocen que el Papanicolaou se usa para la detección del Cáncer de cuello uterino; Veríssimo J. y col obtuvo un resultado del 46,1% de las mujeres entrevistadas mostraron un conocimiento adecuado de la prueba de Papanicolaou. Zenteno obtuvo como resultado un 64% de las encuestadas sí conocía el Papanicolaou.

En relación a la actitud los resultados obtenidos a las usuarias encuestadas son: El 53.3% de las personas encuestadas si han solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años mostrando así una actitud positiva. El 93.3 % de las personas encuestadas considera que se debe realizar la prueba periódicamente. El 98.3 % de las personas encuestadas tiene la disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud para realizarse la prueba del Papanicolaou mostrando actitudes positivas. En la investigación realizada por Carrasco y Valera 54,05% mostraron una actitud favorable frente al examen de Papanicolaou.

4.3. CONCLUSIONES

1. Dentro de las características sexuales de la usuaria, casi la totalidad de las encuestadas han iniciado su vida sexual. El 93.3% tuvo su primera relación sexual a los 17 años, esto demuestra que la primera relación sexual se da a una edad temprana. El 36.7 % ha tenido 1 pareja sexual.

2. En cuanto a las características reproductivas el 16.7% de las personas encuestadas no tuvieron parto, el 43.3% utilizan un método anticonceptivo y el 96.7% no han tenido alguna infección de transmisión sexual.
3. El 96.7% de las personas encuestadas si conocen para qué sirve la prueba de Papanicolaou en el hospital de Chancay.
4. Existe un alto conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014, en 56,7%.
5. En relación a la actitud, los resultados obtenidos a las usuarias encuestadas son: El 53.3% de las personas encuestadas si han solicitado que le realicen la prueba en los últimos tres años mostrando así una actitud positiva. El 93.3 % de las personas encuestadas considera que se debe realizar la periódicamente. El 98.3 % de las personas encuestadas tiene la disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud para realizarse la prueba del Papanicolaou mostrando actitudes positivas.
6. Como la actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 depende del nivel de conocimiento que tengan sobre la prueba del Papanicolaou. Se puede indicar que existe relación entre estas dos variables. El valor obtenido de 0,443 significa una correlación moderada y directa entre estas dos variables.

4.4. RECOMENDACIONES

1. Implementar un centro de escucha en las instituciones educativas y un consultorio diferenciado en el establecimiento de salud para el adolescente con énfasis a la salud sexual y reproductiva.

2. Articular el trabajo entre el sector salud y educación para la inclusión de ejes temáticos en salud sexual y reproductiva.
3. Aprovechar que existe una actitud favorable en la población, para motivar a la realización del examen Papanicolaou a través de campañas anuales y así poder promocionar más esta técnica sencilla, económica, que ayuda a la detección precoz del cáncer de cuello uterino
4. Continuar con las actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer Cervicouterino, de manera organizada, con material educativo adecuado y mensajes claros, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias del hospital de Chancay ; encaminadas a obtener una conducta final deseada: Realización de la Prueba de Papanicolaou temprana, periódica y oportuna.
5. Mejorar los tiempos de espera de las usuarias a los servicios de planificación familiar, que acuden por consejería y toma de Papanicolaou, dado que se evidencia actitudes positivas frente a la prevención del cáncer de cuello uterino.
6. Sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud para mejorar la cobertura del examen de Papanicolaou y así obtener como resultado una disminución de mortalidad por cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Actitudes. Revista EDU_FISICA grupo de investigación edufisica Fecha de acceso 16 de Octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.edufisica.com/>
2. Bazán Asencios F.; Posso M.; Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos ISSN 1025 – 5583, vol. 68, núm. 1, 2007, pp. 47 - 54. Perú 2006.
3. Bernardos D. ¿Qué es el conocimiento? 2008. México. Fecha de acceso 16 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.esp.uem.es/isbc/Daniel.Bernardos.Bermejo.Conocimiento.pdf>
4. Calle E. Grado de conocimiento sobre el Papanicolaou; en mujeres en edad fértil del municipio de Guaqui, Bolivia. Científica Boliviana Ciencia y Medicina .volumen 8. 2007:14-19
5. Carrasco y Valera (2011). Relación entre el nivel de conocimiento, actitudes sobre el examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil sexualmente activas de la urbanización “Las Palmeras” en el distrito de Morales, julio - diciembre 2011. Tesis para obtener el título profesional de obstetricia Universidad Nacional de San Martín.
6. Diccionario Médico Teide. Edición: 2^a. 1992. pág.85.
7. Eiser, J.R. Psicología Social. Madrid: valencia. ISBN.
8. Figueroa N. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición dedesplazamiento, en el barrio las flores; sector caguan, chipi y tambos; del distrito de Barranquilla. Tesis para obtener Maestría en salud pública. Colombia. 2010.

9. Flores P. Prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del C. S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores [Tesis para optar el título de licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2011.
10. Andina. Agencia Peruana de Noticias. [página de internet]. Lima: INEN; 2011. [Fecha de acceso: 2 junio de 2012]. Disponible en: <http://www.andina.com.pe/Espanol/noticia-recomiendan-ampliar-cobertura-vacunacion-para-prevenir-cancer-cuello-uterino-56416.aspx#.VA4mrvl5Me8>
11. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino .Estadística: perfil epidemiológico [página de internet]. Lima: INEN; 2011. [Fecha de acceso: 2 junio de 2012]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/03022011_R.J_011_2011OKEY.pdf
12. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadística: perfil epidemiológico [página de internet]. Lima: INEN; 2006. [Fecha de acceso: diciembre 2011]. Disponible en:
13. Martínez y Vásquez (2010). Actitud ante la toma del Papanicolaou en mujeres de 20 a 45 años de una congregación rural. Tesis para licenciatura en enfermería. Universidad Veracruzana.
14. Masías I. “Relación entre actitudes hacia la sexualidad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de discapacidad prenatal en adolescentes del cono sur de Lima”. Tesis para optar el grado de magíster en psicología educativa. Perú. 2006
15. Ministerio De Salud. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsal, 2ª Edición. 2010.

16. Mohan S. Cervical screening in England and Wales: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004; 16(6):491-6.
17. Morian J. Modelos de enseñanza aprendizaje: Ausubel D. 2007. Fecha de acceso 16 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://gcarvajalmohans.com> Mohan S. Cervical screening in England and Wales: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2004; 16(6):491-6.
18. Oddó D. Vida y obra de uno de los médicos más conocidos del siglo XX. (I y II partes). Chile. Fecha de acceso 20 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/georgenicholaspapanicolaou.pdf>
19. Salud en RPP [página en internet] Grupo RPP. S.A.C; 2011[actualizado 24 marzo 2011; citado 29 mayo 2012]. Disponible en: <http://radio.rpp.com.pe/saludenrpp/el-cancer-de-cuello-uterino-salvemos-vida/>
20. Segura, S. y Bejarano, A. Modelo Pedagógico de la Educación a Distancia Apoyada en las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Corporación Universitaria Autónoma de Occidente – CUAO. Memorias: Encuentro educación a distancia y entornos virtuales en la educación superior calidad, acreditación, experiencias y retos. Santiago de Cali. 2003.
21. Seminario Pintado, M. y colaboradores. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo. Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo, 2010.
22. Shanta V, Krishnamurthi S, Gajalakshmi CK, Swaminathan R, Ravichandran K.J *Indian Med Assoc.* 2000; 98(2):49-52.

23. Schiffman M, Brinton L, Devesa S, Fraumeni J, Joseph F. Cervical cancer. Cancer Epidemiology and Prevention. New York: Oxford University Press; 2001.
24. Solís (2013). Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres del AAHH Tangay- Nuevo Chimbote, 2013. . Tesis para obtener el título para obtener el título profesional de Obstetricia, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.
25. Stopes M .Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia. 2004.
26. Tenorio (2011). Conocimiento, Actitudes, Prácticas sobre el Papanicolaou en las usuarias externas del programa de planificación familiar del Centro de Salud Roger Osorio, Municipio de Managua, mes de junio a diciembre año 2010. Tesis para optar al título de maestría en Salud Pública. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
27. Urrutia M. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: Metropolitano Sur-Oriente, Santiago, Chile. 2008.
28. Vargas J. Desarrollo cognitivo de Jean Piaget. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. México. Fecha de acceso 16 de octubre de 2011]. URL disponible en: <http://www.slideshare.net/juanmalaga/piaget-206836336>. Recolda L. Concepto y Fundamento de la Psicología Social. Fecha de acceso 21 de octubre de 2011].
29. Veríssimo J. y col. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la prueba de Papanicolaou en el noreste de Brasil. Brasil. 2008.
30. Zenteno v y col. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou en mujeres de 15 a 50 años en el hospital la paz. Bolivia. 2006.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CHANCAY 2014

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital de Chancay, 2014?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas sobre la Prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?</p> <p>¿Cuáles son las características sexuales reproductivas sobre la Prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?</p> <p>¿Cuál es la actitud sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre la prueba de Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Chancay, 2014.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Conocer las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.</p> <p>Conocer las características sexuales reproductivas de las mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.</p> <p>Medir el nivel de conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.</p> <p>Medir la actitud sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.</p>	<p>HIPÓTESIS PRINCIPAL</p> <p>Si existe bajo conocimiento sobre la prueba de Papanicolaou entonces la actitud de las mujeres atendidas en el Hospital Chancay en el 2014 es inadecuada.</p> <p>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</p> <p>Existe un alto conocimiento sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.</p> <p>Existe una adecuada actitud sobre la prueba del Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital Chancay, 2014.</p>	<p>TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO</p> <p>Se realizará un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico.</p> <p>Nivel correlacional.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p> <p>Para realizar un diagnóstico con respecto al nivel de conocimiento y actitud a la prueba del Papanicolaou, se tomará en cuenta el promedio mensual de mujeres atendidas en el consultorio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, la población estimada representa un total de 142 mujeres en edad fértil.</p> <p>En vista que este trabajo tiene una población finita, se aplica la fórmula definida por Fisher (1996) para la determinación de la muestra, la cual da como resultado final n= 60 mujeres en edad fértil</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Técnica : Encuesta.</p> <p>Instrumento: Cuestionario.</p>

ANEXO 02: Instrumento utilizado para la investigación



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO**

Presentación: Soy bachiller en Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Huacho, y me encuentro realizando un proyecto de investigación referente a la **RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PRUEBA DEL PAPANICOLAU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CHANCAY 2014**. Por lo cual agradeceré que responda el presente cuestionario anónimo.

Instructivo: Lee cuidadosamente este cuestionario, se lo más sincera posible, estamos tratando de evaluar cuánto sabes sobre la prueba del Papanicolaou.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Selecciona la respuesta correcta y encierre en un círculo.

1) ¿Cuántos años cumplidos tienes?

..... años

2) Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada
- e. Otro

3) Nivel de instrucción

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Técnica
- e. Superior

4) ¿A qué se dedica actualmente?

- a. Ama de casa
- b. Empleada-obrera
- c. Empleada-profesional
- d. Trabajador independiente
- e. otro

5) ¿A qué religión pertenece?

- a. Católica
- b. Protestante (evangélica)
- c. Otra
- d. Ninguna

CARACTERISTICAS SEXUALES REPRODUCTIVAS

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

- a) Si
- b) No

SI ES SI : ¿A qué edad inicio sus relaciones Sexuales?

.....años.

2) ¿Cuántos partos ha tenido?

.....

3) ¿con que frecuencia mantiene sus relaciones sexuales actualmente?

- 1. Frecuentemente
- 2. Ocasionalmente
- 3. Por ahora no tengo
- 4. No he tenido relaciones sexuales

4) ¿cuántas parejas sexuales ha tenido?

.....

5) ¿cuál es el método anticonceptivo que utiliza con mayor frecuencia?

- a) píldoras
- b) inyectables
- c) t de cobre
- d) preservativo
- e) ritmo/regla
- f) otro

6) ¿Ha tenido usted alguna infección/enfermedad de transmisión sexual?

- a) Si
- b) NO

SI ES SI ¿Recibió tratamiento para dicha infección?

- a. Si
- b. NO

CONOCIMIENTO

1. Conoce para qué sirve la prueba del Papanicolaou

- a) Detecta el cáncer de cuello uterino
- b) Detecta el sida
- c) Detecta el embarazo
- d) No se

2. De qué lugar se toma la muestra para la prueba de Papanicolaou

- a) Cuello uterino
- b) Vagina
- c) Ovarios
- d) Fondo de útero
- e) No se

3. Quien debe realizarse la prueba de Papanicolaou

- a) Mujeres mayores de 35 años
- b) Mujeres que ya han tenido hijo
- c) Toda mujer que ha iniciado relaciones sexuales
- d) No se

4. Cada cuanto tiempo se debe realizar la prueba de Papanicolaou

- a) Una vez al año
- b) Mensual
- c) Cada 3 años
- d) Cada 2 años
- e) No se

5. La prueba de Papanicolaou puede producir un aborto.

- a) Si
- b) No
- c) No se

6. ¿Cuántos días antes de tomarse la prueba de Papanicolaou no se debe tener relaciones sexuales?

- a) Un día antes
- b) Tres días antes
- c) Cinco días antes
- d) No se

7. Toda mujer embarazada puede realizarse la prueba de Papanicolaou.

- a) Si
- b) No
- c) No se

ACTITUDES

- 1 ¿Ha solicitado que le realicen el examen en los últimos tres años?**
 - a) Si
 - b) No
- 2 ¿Usted considera importante realizarse periódicamente La prueba de Papanicolaou?**
 - a) Si
 - b) No
- 3 ¿Aceptaría realizarse la prueba de Papanicolaou?**
 - a) SI
 - b) NO
- 4 ¿Usted tiene la disponibilidad de tiempo para acudir al centro de salud para realizarse la prueba de Papanicolaou?**
 - a) Si
 - b) No

ANEXO N°04
Validación del instrumento por juicio de expertos

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	JUECES					TOTAL (Td)
	N°01	N°02	N°03	N°04	N°05	
Las preguntas corresponden a los indicadores de la variable.	1	1	1	1	1	0
Las preguntas están referidas las variable.	1	1	1	1	1	0
Las preguntas son lo suficientemente breves.	1	1	1	1	1	0
Las preguntas son comprensibles.	1	1	0	1	0	2
Las preguntas son precisas.	1	1	0	1	1	1
Por cada pregunta o ítem las opciones de respuesta son coherentes.	1	1	0	1	0	2
Las preguntas no inducen respuestas.	1	1	1	1	1	0
Por cada indicador el número de Preguntas es suficiente.	1	1	1	1	1	0
El instrumento permite medir las dimensiones de la variable.	1	1	1	1	1	0
El instrumento recoge la información que se busca.	1	1	1	1	1	0
TOTAL (Ta)	10	10	7	10	08	

Ta= Total de acuerdo

Td= Total en desacuerdo

$$V = Ta / (Ta + Td) * 100$$

$$V = 90\%$$

Se puede concluir que el instrumento esta validado al 90% por el juicio de expertos, teniendo en cuenta las sugerencias dadas para mejorar el instrumento a utilizar.

ANEXO N° 04

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señor (a) Dr. (a)

Le saludo cordialmente y luego me permito solicitarle su valiosa colaboración profesional, con fines estrictamente académicos, a efectos de que con base a su conocimiento y reconocida experiencia, evalúe la validez del cuestionario. Después de que revise el instrumento, le agradeceré me alcance sus valiosas observaciones y sugerencias.

Muchas gracias

Estimado (a) Dr. (a), en el formato que sigue, por favor, por cada característica que debe reunir el instrumento y los ítem correspondientes a cada variable, marque con X su apreciación, luego escriba sus observaciones y sugerencias.

Nº	Características deseadas en el cuestionario para la variable:	SI	NO	Nº del ítem o pregunta (s) que no cumplen con la condición o característica
1	Las preguntas corresponden a los indicadores de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Las preguntas están referidas a las variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Las preguntas son lo suficientemente breves.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Las preguntas son comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Las preguntas son precisas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Por cada pregunta o ítem las opciones de respuesta son coherentes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Las preguntas no inducen respuestas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Por cada indicador el número de pregunta es suficiente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	El instrumento permite medir las dimensiones de la variable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	El instrumento recoge la información que se busca.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

SUGERENCIAS:

1. ¿Qué preguntas deben agregarse?

.....
.....

2. ¿Qué preguntas deben eliminarse?

.....

3. ¿Qué preguntas deben reformularse o precisarse mejor?

.....

4. Otras sugerencias:

.....
.....
.....

Fecha: 05/09/14

Validado por:



FIRMA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señor (a) Dr. (a)

Le saludo cordialmente y luego me permito solicitarle su valiosa colaboración profesional, con fines estrictamente académicos, a efectos de que con base a su conocimiento y reconocida experiencia, evalúe la validez del cuestionario. Después de que revise el instrumento, le agradeceré me alcance sus valiosas observaciones y sugerencias.

Muchas gracias

Estimado (a) Dr. (a), en el formato que sigue, por favor, por cada característica que debe reunir el instrumento y los ítem correspondientes a cada variable, marque con X su apreciación, luego escriba sus observaciones y sugerencias.

Nº	Características deseadas en el cuestionario para la variable:	SI	NO	Nº del ítem o pregunta (s) que no cumplen con la condición o característica
1	Las preguntas corresponden a los indicadores de la variable.	X		
2	Las preguntas están referidas a las variable.	X		
3	Las preguntas son lo suficientemente breves.	X		
4	Las preguntas son comprensibles.		X	
5	Las preguntas son precisas.		X	
6	Por cada pregunta o ítem las opciones de respuesta son coherentes.		X	
7	Las preguntas no inducen respuestas.	X		
8	Por cada indicador el número de pregunta es suficiente.	X		
9	El instrumento permite medir las dimensiones de la variable.	X		
10	El instrumento recoge la información que se busca.	X		

OBSERVACIONES:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

SUGERENCIAS:

1. ¿Qué preguntas deben agregarse?

.....
.....
.....
.....

2. ¿Qué preguntas deben eliminarse?

.....
.....
.....
.....

3. ¿Qué preguntas deben reformularse o precisarse mejor?

.....
.....
.....
.....

4. Otras sugerencias:

.....
.....
.....
.....

Fecha: 08/09/14

Validado por:

Edgardo W. Cuevas Hu...
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 28005

FIRMA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señor (a) Dr. (a)

Le saludo cordialmente y luego me permito solicitarle su valiosa colaboración profesional, con fines estrictamente académicos, a efectos de que con base a su conocimiento y reconocida experiencia, evalúe la validez del cuestionario. Después de que revise el instrumento, le agradeceré me alcance sus valiosas observaciones y sugerencias.

Muchas gracias

Estimado (a) Dr. (a), en el formato que sigue, por favor, por cada característica que debe reunir el instrumento y los ítem correspondientes a cada variable, marque con X su apreciación, luego escriba sus observaciones y sugerencias.

N°	Características deseadas en el cuestionario para la variable:	SI	NO	N° del ítem o pregunta (s) que no cumplen con la condición o característica
1	Las preguntas corresponden a los indicadores de la variable.	✓		
2	Las preguntas están referidas a las variable.	✓		
3	Las preguntas son lo suficientemente breves.	✓		
4	Las preguntas son comprensibles.	✓		
5	Las preguntas son precisas.	✓		
6	Por cada pregunta o ítem las opciones de respuesta son coherentes.	✓		
7	Las preguntas no inducen respuestas.	✓		
8	Por cada indicador el número de pregunta es suficiente.	✓		
9	El instrumento permite medir las dimensiones de la variable.	✓		
10	El instrumento recoge la información que se busca.	✓		

OBSERVACIONES:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

SUGERENCIAS:

1. ¿Qué preguntas deben agregarse?

.....
.....

2. ¿Qué preguntas deben eliminarse?

.....

3. ¿Qué preguntas deben reformularse o precisarse mejor?

La pregunta n° 13 y su derivada de la pte 14.

4. Otras sugerencias:

.....
.....
.....

Fecha: 05-09-2014

Validado por:



FIRMA

ANEXO N° 04

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señor (a) Dr. (a)

Le saludo cordialmente y luego me permito solicitarle su valiosa colaboración profesional, con fines estrictamente académicos, a efectos de que con base a su conocimiento y reconocida experiencia, evalúe la validez del cuestionario. Después de que revise el instrumento, le agradeceré me alcance sus valiosas observaciones y sugerencias.

Muchas gracias

Estimado (a) Dr. (a), en el formato que sigue, por favor, por cada característica que debe reunir el instrumento y los ítem correspondientes a cada variable, marque con X su apreciación, luego escriba sus observaciones y sugerencias.

Nº	Características deseadas en el cuestionario para la variable:	SI	NO	Nº del ítem o pregunta (s) que no cumplen con la condición o característica.
1	Las preguntas corresponden a los indicadores de la variable.	✓		
2	Las preguntas están referidas a las variable.	✓		
3	Las preguntas son lo suficientemente breves.	✓		
4	Las preguntas son comprensibles.	✓		
5	Las preguntas son precisas.	✓		
6	Por cada pregunta o ítem las opciones de respuesta son coherentes.	✓		
7	Las preguntas no inducen respuestas.	✓		
8	Por cada indicador el número de pregunta es suficiente.	✓		
9	El instrumento permite medir las dimensiones de la variable.	✓		
10	El instrumento recoge la información que se busca.	✓		

OBSERVACIONES:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

SUGERENCIAS:

1. ¿Qué preguntas deben agregarse?

.....
.....

2. ¿Qué preguntas deben eliminarse?

.....

3. ¿Qué preguntas deben reformularse o precisarse mejor?

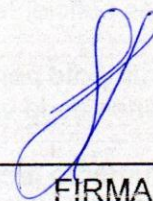
.....

4. Otras sugerencias:

.....
.....
.....

Fecha: 12-09-14

Validado por:



FIRMA

ANEXO N° 04

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señor (a) Dr. (a)

Le saludo cordialmente y luego me permito solicitarle su valiosa colaboración profesional, con fines estrictamente académicos, a efectos de que con base a su conocimiento y reconocida experiencia, evalúe la validez del cuestionario. Después de que revise el instrumento, le agradeceré me alcance sus valiosas observaciones y sugerencias.

Muchas gracias

Estimado (a) Dr. (a), en el formato que sigue, por favor, por cada característica que debe reunir el instrumento y los ítem correspondientes a cada variable, marque con **X** su apreciación, luego escriba sus observaciones y sugerencias.

Nº	Características deseadas en el cuestionario para la variable:	SI	NO	Nº del ítem o pregunta (s) que no cumplen con la condición o característica.
1	Las preguntas corresponden a los indicadores de la variable.	X		
2	Las preguntas están referidas a las variable.	X		
3	Las preguntas son lo suficientemente breves.	X		
4	Las preguntas son comprensibles.		X	
5	Las preguntas son precisas.	X		
6	Por cada pregunta o ítem las opciones de respuesta son coherentes.		X	
7	Las preguntas no inducen respuestas.	X		
8	Por cada indicador el número de pregunta es suficiente.	X		
9	El instrumento permite medir las dimensiones de la variable.	X		
10	El instrumento recoge la información que se busca.	X		

OBSERVACIONES:

1.
2.
3.
4.
5.

SUGERENCIAS:

1. ¿Qué preguntas deben agregarse?

.....
.....

2. ¿Qué preguntas deben eliminarse?

.....

3. ¿Qué preguntas deben reformularse o precisarse mejor?

.....

4. Otras sugerencias:

EL ITEM DE ACTITUDES DEBE
.....
CONSIDERARSE SI O NO.
.....
.....

Fecha: 7/9/14

Validado por:



FIRMA