



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

Nivel de Conocimientos sobre prevención de cáncer cervical en mujeres de edad fértil; del Centro de Salud Aguas Verdes Perú y Centro de Salud la Paz Ecuador. Junio – Octubre 2015.

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

KATHERINE NATALIA MAYON APONTE

TUMBES – PERÚ

2015

Dedicatoria

A mis padres Gilbert y Natalia Pilares fundamentales en mi vida, les agradezco por estar siempre a mi lado apoyándome tanto moral como psicológicamente gracias por estar siempre en los momentos más importantes en mi vida , por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento ; este logro es el resultado de lo que me han enseñado en la vida ya que siempre han sido unas personas honestas, entregadas a su trabajo, unos grandes líderes pero más que todo eso unos excelente padres. Gracias por confiar en mí y darme la oportunidad de terminar uno de mis más anhelados sueños los amo papitos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar, también por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres por siempre brindarme su apoyo incondicional gracias a ustedes hoy en día estoy logrando lo q en un tiempo me propuse gracias mamita y papito, a ustedes hermanos de mi vida gracias por su apoyo moral.

A mi novio, por siempre estar a mi lado en las buenas y las malas, gracias por tus consejos, comprensión, paciencia y amor.

A mi Asesora: Dra. Gaby Cecilia Navarro Valdiviezo; gracias por su infinita paciencia y ayuda en este trabajo, por el tiempo que se tomó para asesorarme. Para usted mi respeto y admiración.

A todas las pacientes entrevistadas para la realización del presente estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la elaboración de esta investigación.

Atentame

La autora

Resumen

El trabajo de tesis se realizó con el objetivo de conocer el Nivel de Conocimientos sobre prevención de cáncer cervical en mujeres de edad fértil; del Centro de Salud “Aguas Verdes” de Perú y Centro de Salud “La Paz” Ecuador. Junio – Octubre 2015. Correspondiéndole un diseño cuantitativo, descriptivo y comparativo, de corte transversal de un nivel aplicativo. Para la recolección de la información, se utilizó la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario, para identificar el Nivel de Conocimientos sobre prevención de cáncer cervical, en ambos países. Los resultados fueron los siguientes: se entrevistaron a 50 mujeres en total, de las cuales un 84% cuyas edades están comprendidas entre 15 – 35 años, seguido de un 16% cuyas edades fueron de 35 - 49 años; todas correspondientes al Centro de Salud de “Aguas Verdes” Perú, en el Centro de Salud “La Paz” Ecuador las mujeres entrevistadas fueron también 50 por haberse utilizado un muestreo no probabilístico por cuotas, encontrándose un 72% en edades comprendidas entre 15 – 35 años, seguido de un 28% cuyas edades son de 35 – 49; respecto al estado civil el grupo predominante fue un 40% de solteras, que acuden al centro de salud “Aguas Verdes” Perú y con el 38% de estado civil conviviente en el Centro de Salud “La Paz” Ecuador. En lo que corresponde al nivel educativo el 4% son analfabetas y el grupo predominante es 56% con un nivel educativo de secundaria en el Centro de Salud de “Aguas Verdes” Perú y en el Centro de Salud “La Paz” Ecuador el nivel educativo de las entrevistadas es un 6% de analfabetas y el grupo predominante con un 56% corresponde al nivel secundaria, porcentaje similar al Perú.

En cuanto al nivel de conocimientos, el 74% de las mujeres poseen un nivel alto, seguido de un 20% que tienen conocimiento de nivel medio y con nivel bajo tenemos el 6%; mujeres que acudieron al centro de salud “Aguas Verdes” Perú. Por otro lado encontramos que un 50% de mujeres poseen un nivel de conocimientos alto, un 40% de nivel medio, seguido de un 10% de conocimiento bajo en el Centro de Salud “La Paz” Ecuador; haciendo un comparativo en los dos Centros de Salud observamos que el mayor porcentaje correspondiente al nivel alto de conocimientos

lo poseen las mujeres que asistieron la C.S Aguas Verdes en Perú, además se encontró que el grupo más vulnerable de contraer cáncer corresponde a las mujeres que acuden al C.S. “La Paz” Ecuador en un 10%, especialmente entre las edades de 15 a 35 años.

Palabras claves: nivel de conocimientos, prevención primaria, cáncer cervical mujeres en edad fértil.

Abstract

The thesis work was performed in order to know the level of knowledge about prevention of cervical cancer in women of childbearing age; Health Center "Aguas Verdes" of Peru and Health Center "La Paz" Ecuador. June to October 2015. accounting for around one quantitative, descriptive, comparative, cross-sectional design of an application level. The survey was used to collect information using a questionnaire as a tool to identify the level of knowledge about prevention of cervical cancer in both countries. The results were: were interviewed 50 women in total, of which 84% are aged between 15 - 35 years, followed by 16% were aged 35 - 49 years all for the Health Center "Aguas Verdes" Peru, in the Health Center "La Paz" Ecuador women interviewed were also 50 for a non-probability sampling procedures have been used, being 72% at ages 15-35 years, followed by 28% are aged 35 - 49; respect to marital status was the predominant group 40% of unmarried, who come to the health center "Aguas Verdes" Peru and 38% of common law marriage in the Health Center "La Paz" Ecuador. As education level corresponds to 4% they are illiterate and the predominant group is 56% with secondary level education in the Health Center "Aguas Verdes" Peru and Health Center "Peace" educational level Ecuador of respondents it is 6% of the predominant group illiterate and 56% corresponds to the secondary level, similar to Peru percentage.

Regarding the level of knowledge, 74% of women have a high level, followed by 20% who have knowledge of intermediate and low level we have 6%; women who came to the health center "Aguas Verdes" Peru. On the other hand we find that 50% of women have a higher level of knowledge, 40% of average level, followed by 10% of low awareness in the Health Center "La Paz" Ecuador; making a comparison in the two health centers note that the highest percentage for the high level of expertise possess women who attended the Aguas Verdes CS in Peru, also it found that the most vulnerable group of cancer is for women attending CS "Peace" Ecuador by 10%, especially between the ages of 15-35 years.

Keywords: level of knowledge, primary prevention, cervical cancer women of childbearing age.

INDICE

pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.-Planteamiento del problema	9
1.2.-Formulación del problema	11
1.3.-Objetivos de la investigación	11
1.3.1.-Objetivos generales	11
1.3.2.-Objetivos específicos	11
1.4.-Justificación del estudio	12
1.5.-Limitaciones de la investigación	13

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio	14
2.2 Bases teóricas	17
2.3 Definición de términos	27
2.4 Hipótesis	28
2.5 Variables	28
2.5.1 Definición conceptual de variables	28
2.5.2 Definición operacional de variables	29
2.5.3 Operacionalización de variables	29

CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1 Tipo y nivel de investigación	30
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	30
3.3 Población y muestra	31
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	32
3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento	32
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	33
CAPITULO IV: RESULTADOS	34
CAPITULO V: DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	48
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)	51

INTRODUCCIÓN

El problema del cáncer cervical radica en el diagnóstico y atención tardía de este mal. En las etapas avanzadas del cáncer, ya es muy poco lo que se puede hacer para salvar la vida de las mujeres afectadas, sin embargo, el cáncer cervical puede prevenirse fácilmente por medio de exámenes de detección y tratamientos que requieren de tecnologías relativamente sencillas, incluso en aquellas mujeres con alto riesgo de presentar la enfermedad. Cuando se detectan alteraciones de tipo precanceroso en el tejido cervical y el tejido anormal es tratado con éxito evitando que la mujer desarrolle cáncer ¹.

A pesar del inmenso impacto, que causa en la salud pública del país, la mortalidad por cáncer cervical ha disminuido considerablemente en los últimos 50 años debido a las actividades de prevención y promoción a través del tamizaje con la prueba de Papanicolaou; además, existe un mejor conocimiento de la historia natural de esta enfermedad, su diagnóstico y la eficacia del tratamiento en estadios menores. Sin embargo, los principales factores de riesgo asociados se mantienen; siendo éstos la promiscuidad sexual y la infección por virus de papiloma humano; pero también lo son la pobreza, el nivel cultural de la mujer y el de su familia ².

Existen evidencias que el conocimiento de la enfermedad y las medidas de prevención conllevan a mejorar las actitudes y prácticas frente a las medidas de prevención, como la prueba del Papanicolaou y con ello a un diagnóstico precoz. Así mismo se ha comprobado que existen factores relacionados con los servicios de salud que influye negativamente en la decisión de las mujeres hacia la toma del Papanicolaou, tales como falta de confianza en el profesional de salud por una mala experiencia o por la falta de respuesta de los programas a las preocupaciones y necesidades de las mujeres de una manera respetuosa y culturalmente apropiada ³. De allí, la importancia de evaluar el conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil, mediante la realización de un estudio comparativo en dos Centros de Salud de las ciudades fronterizas como Aguas Verdes, de Perú y Huaquillas de Ecuador.

Esto debido a que en los últimos años, se ha visto un incremento del inicio de la actividad sexual a edades tempranas, constituyéndose como un grupo de riesgo para las Infecciones de transmisión sexual ³. En la promoción y prevención primaria, se encuentra comprometido todo el personal de salud, debiendo brindar información, educación y comunicación sobre la prevención del cáncer cervical a la población en general a través de la participación comunitaria, orientación y consejería considerando las particularidades de las mujeres y su familia como sus necesidades, preocupaciones y respetando en todo momento el aspecto cultural ³, proceso que aún se muestra débil a nivel de la oferta de servicios de salud; solamente se planifica charlas en los centros de salud y hospitalarios, más no se aplica el modelo de atención integral a cabalidad para la vigilancia de la familia y comunidad. Como futura profesional en enfermería, se pretende mediante éste estudio contribuir con información científica y relevante en éste nivel primario de atención, mediante la realización de la investigación titulada: Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer cervical en mujeres de edad fértil; del Centros de Salud Aguas Verdes Perú y Centro de Salud la Paz Ecuador. Junio – Octubre 2015; estudio que permitirá reforzar, el desarrollo de las actividades y estrategias de prevención y promoción.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.-Planteamiento del problema

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce.

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos ⁴. La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones ⁵. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en países con ingresos económicos bajos y medios, países donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes. Según la Organización Panamericana de la Salud, un tercio de las muertes a nivel mundial se producen en la región de las Américas donde el número de muertes aumentará de 1.2 millones en el 2008 hasta 2.1 millones en el 2030, por efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (Consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar ⁶.

Las estadísticas señalan que actualmente en el Perú se desarrollan más de 5,400 casos de cáncer de cuello uterino anualmente y mueren de 6 a 8 mujeres diariamente, constituyéndose en la primera causa de muerte de mujeres en el Perú. Durante el año 2010, la Liga Peruana Contra el Cáncer, realizó en Lima 47 mil 546 despistajes de cáncer de cuello uterino, de los cuales, fueron detectados 585 casos. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres: tasa en Trujillo 43.9 y 35.2 en Arequipa ⁷.

En la región Tumbes, 2006-2011, el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar con 154 casos haciendo un 16.3%, seguido del cáncer de mama con un 13.2% y en tercer lugar se encuentra el cáncer de estómago con un 10.8%. Por otro lado la región Tumbes, junto con los Piura, Cusco, Apurímac, Puno y San Martín, son considerados vulnerables a adquirir este tipo de cáncer, lo que implica que requieren fortalecerse, mediante la aplicación de estrategias en el nivel primario, en un corto-mediano plazo ⁸.

En Ecuador el cáncer uterino es uno de los cánceres más frecuentes en la población femenina; existen datos del Registro Nacional de Tumores de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (Solca) que señalan que en el año .2012, 664 mujeres murieron por cáncer de cuello uterino y la incidencia del 2013 fue de 15.8 casos, en la actualidad las cifras son: 29 de cada 100.000 mujeres padecen de esta enfermedad, en la provincia del Oro el porcentaje es de 18.8 por cada 100,000 mujeres, habiéndose presentado un 7% de citologías anormales, en este país el cáncer cervicouterino es la segunda causa de mortalidad en mujeres, superada solo por el cáncer de estómago. Sin embargo las cifras afirman que desde el periodo 1996 – 2000 la mortalidad por este tipo de cáncer disminuyó en 21% ⁹.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de conocer el nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil sobre la prevención de cáncer de cuello uterino. Además es necesario contar con una investigación que refleje la real situación en cuanto a nivel de conocimientos, a fin de impulsar intervenciones

educativas que resulten en un cambio del comportamiento para el autocuidado de la salud de la mujer, en ambas ciudades fronterizas de Perú y Ecuador.

1.2.-Formulación del problema

¿Qué nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer cervical, poseen las mujeres en edad fértil; que acuden a los Centros de Salud “Aguas Verdes” de Perú y el Centro de salud “La Paz” en Ecuador, Tumbes, 2015?

1.3.-Objetivos de la investigación

1.3.1.-Objetivo general.

Conocer el nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer cervical que poseen las mujeres en edad fértil; que acuden al Centro de Salud “Aguas Verdes” de Perú y al Centro de salud “La Paz” de Huaquillas en Ecuador.

1.3.2.-Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil; que acuden al Centro de Salud de Aguas Verdes en Perú.
- Identificar el nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil; que acuden al Centro de Salud “La Paz” en Ecuador.
- Comparar los niveles de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil; de ambos países.
- Identificar los grupos más vulnerables de contraer cáncer cervical, según país de origen.

1.4.-Justificación del estudio

El presente estudio se justifica por abordar en forma directa una problemática de salud pública como es el cáncer del cuello uterino, ya que según datos estadísticos ocupa el primer lugar de causa de muerte en mujeres en el Perú y el segundo en Ecuador, se justifica socialmente porque los resultados de la presente investigación permitirán tomar medidas orientadas en la prevención de la enfermedad y la promoción, al contar con información clave, la misma que se revertirá en la educación de las mujeres, generando un cambio en su actitud y prácticas, mediante la educación para la salud, como estrategia fundamental en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a favor de la salud sexual y reproductiva de la población femenina, desde ya, la justificación teórica se centra en las pocas investigaciones locales sobre el tema, lo que exige la declaración de bases conceptuales y /o constructos que guiarán el trabajo de la enfermera que labora en la atención primaria de ambos países. Metodológicamente se justifica ya que los resultados servirán como antecedentes para futuras investigaciones. Desde el punto de vista práctico se justifica porque los resultados serán alcanzados a los directivos y profesionales de la salud que laboran en el los respectivos centros para que puedan contar con información actualizada y reorienten sus actividades preventivo-promocionales, brindando educación y consejería a las mujeres en edad fértil mejorando los aspectos de prevención y promoción mejorando la salud sexual y reproductiva.

1.5.-Limitaciones de la investigación

- La investigadora sólo tendrá acceso para la recolección de datos en horarios de atención de los Centros de Salud de Perú y Ecuador,
- La falta de cooperación de las mujeres en edad fértil para proporcionar información.
- Los resultados sólo podrán ser generalizados a la población estudiada.
- Escasos trabajos de investigación, en nuestro medio que nos sirvan como antecedentes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Investigaciones realizadas sobre nivel de conocimientos en prevención de cáncer cervical, es un tema que ha sido estudiado por investigadores a nivel internacional, nacional y local, a continuación presentamos los trabajos que de una u otra forma guardan relación con el presente trabajo de investigación, orígenes a nivel Internacional Ruoti de García de Zúñiga y col., en el año 2008, en Paraguay, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay”, cuyos resultados fueron:

Es alto el porcentaje de mujeres que tienen un nivel bajo de conocimiento sobre el Papanicolaou en un 55%, con conocimiento medio 30% y que dieron respuestas imprecisas y erróneas y que nunca se han realizado el test de Papanicolaou, en un 15% ¹⁰.

También Soza ,N. (2007), en Nicaragua realizo un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán – nicaragüense en los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2006”, cuyos resultados fueron:

La mayoría de las pacientes (58%) no se han realizado el Papanicolaou en los últimos 2 años, realizándose solo el 42% de ellas.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de las pacientes fueron buenas en la mayoría, pero con porcentajes muy bajos, por debajo del 50% por lo cual se

consideran bajos para la importancia que reviste el test del Papanicolaou. Los conocimientos se mostraron mejores en pacientes del área urbana, las de mayor escolaridad, a mayor paridad y con el aumento de edad de las pacientes. Las actitudes y las prácticas de las pacientes mejoraron también con la edad, la escolaridad, la paridad y el uso de la planificación familiar. ¹¹

Con Cogollo, Z y col., (2007), en Colombia, realizaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia)”, cuyos resultados fueron:

El promedio de edad fue de 30.8. De las participantes 48% eran bachilleres, 71% pertenecían al estrato socioeconómico y el 73% vivían en unión libre o eran casadas. Se encontró que el 42% de las mujeres encuestadas tenían un bajo nivel de conocimiento, seguido por un nivel intermedio en el 40% y solo un 18% tenían un nivel de conocimiento alto ¹².

Por otro lado Picón, M. (2009), en Chile realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano”, cuyos resultados fueron:

De un total de 10 entrevistadas, la mayoría tenían entre 18 y 21 años. El 90% de las mujeres tenía bajo conocimiento o falta de conocimiento acerca del Papiloma Virus Humano. El 80% de las mujeres no se sentía en riesgo de una infección de Papiloma Virus Humano.

Dos tuvieron su primera relación sexual a una edad precoz, entre 14 y 16 años. Dos de las mujeres han tenido relaciones sexuales con tres diferentes parejas y una tenía alto riesgo, porque ha estado con seis diferentes parejas sexuales.

Solamente dos de las diez no tenían idea de lo que era un examen de Papanicolaou. La mitad de las mujeres dijeron que no se habían hecho el Papanicolaou porque no se sentían a riesgo; tres de ellas reconocían la necesidad de hacerlo, pero en un tiempo futuro bastante alejado del presente ¹³.

A nivel Nacional Huamaní, Ch. (2007), realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú,

obtuvo como resultados: la edad promedio fue de 27,1 años, el 46% fueron solteras, y el 93% tenía un nivel de instrucción secundario a superior; el 19,5% informó no haber tenido relaciones sexuales, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 19,1 + 17,5; sobre el conocimiento del Papanicolaou se consideró como alto en 64,8% sabía en qué consistía la toma de Papanicolaou y el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de Papanicolaou. Las principales características de riesgo presentes eran no tener una historia; la actitud se considera positiva en el 81,3%, 90,7% de las encuestadas está de acuerdo o muy de acuerdo con hacerse un Papanicolaou, y el 89,9% recomendaría a otra persona realizarse la prueba. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del Papanicolaou fue de 24,9% ,el cual estuvo asociado en el análisis multivariado a tener un menor nivel educativo y a una historia de Papanicolaou inadecuada , no se encontró asociación con el número de parejas sexuales o la edad de inicio de relaciones sexuales. La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del Papanicolaou fue de 18,7%, la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el Papanicolaou, así como a un menor nivel educativo, historia inadecuada de Papanicolaou y haber tenido más de dos parejas sexuales ¹⁴.

También Paredes, E (2010) en un trabajo de investigación titulado: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, Lima Perú. Tuvo como objetivo: evaluar el efecto de la intervención educativa sobre el nivel de conocimientos y actitudes frente al cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de Ciencias Médicas. Se encontró, que la edad promedio en el grupo control

(19.84 años) fue ligeramente mayor que el experimental (17.80 años). El 100% de las alumnas de enfermería fueron solteras a diferencia de un 96.67%. En cuanto a la prueba de conocimiento sobre el cáncer cervical y el virus del papiloma humano, el 90% desaprobó la prueba antes de la intervención y al final solo el 28.33% aprobó, lo que fue significativo ($p=0.00$) mientras que a los dos meses no se mejoró el nivel de conocimientos ($p=0.629$).

La actitud fue positiva en el grupo experimental a diferencia del control que tuvo actitudes negativas. Cuando las universitarias tuvieron más conocimiento, su actitud mejoró positivamente, por ello es importante que tengan una mayor información sobre el tema lo que podría tener un efecto protector sobre su salud y en sus pares ¹⁵.

A nivel local se encontró el estudio de Alvarado V. y col. 2008. En un trabajo realizado en Tumbes, titulado “Nivel de conocimientos y actitudes frente al examen del Papanicolaou de mujeres atendidas en Centro de salud de Tumbes”. Realizaron un estudio de tipo descriptivo prospectivo con un diseño no experimental y de corte transversal, con el objetivo de medir el nivel de conocimiento y las actitudes que tienen las mujeres que acuden al centro de salud sobre el examen de Papanicolaou. Fue aplicada a 119 mujeres de 30 a 45 años las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria, esta encuesta se aplicó en consultorio de obstetricia, obteniendo como resultado que el 52,0% tienen un nivel de conocimiento regular sobre el examen del Papanicolaou, el 62,0% tienen una actitud de aceptación a este examen de Papanicolaou y el 74,0 % se realizó alguna vez en su vida dicho examen a si mismo se determinó que el 48,0% de las mujeres encuestadas no se volvieron a realizar otro examen después del primero, lo que implica un nivel bajo de conocimientos ¹⁶.

2.2 Bases Teóricas

El cáncer de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial los cuales empiezan con displasia leve, llamada Cervical intraepitelial I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios colocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio. En el Cervical intraepitelial II la displasia es más intensa, con retraso de la maduración de los queratinocitos en el tercio medio del epitelio el cual se asocia al tamaño celular, nuclear y la heterogeneidad de la cromatina. El Cervical intraepitelial III no se diferencia mucho del anterior este está marcado por una variación mayor del tamaño celular, nuclear

y la heterogeneidad de la cromatina, orientación desordenada de las células y mitosis normales o anómalas; estos cambios pueden afectar prácticamente a todas las capas del epitelio y se caracterizan por falta de maduración ¹⁷.

Se estima que casi todos los cánceres cervical, son ocasionados por el Virus del papiloma humano y que los subtipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cérvix. La infección por el Virus del papiloma humano es muy frecuente y se estima que el 80% de la población adulta sexualmente activa se infecta subclínicamente por algún subtipo de este virus en su vida. La infección persistente por los subtipos oncogénicos es la causa principal de cáncer de cérvix, siendo los de más alto riesgo los subtipos 16, 18, 31, 33 así como 35, 39 y 45 (Que a su vez se asocian a displasia moderada, severa y cáncer de cérvix); mientras que los de menor riesgo (subtipos no oncogénicos) son los 6, 11, 40, 42, 43, 54, etc. Recientemente se ha implementado tanto en el Perú como en el Ecuador, la vacunación contra el Virus del papiloma humano , utilizando la vacuna tetravalente (que incluye los subtipos 16, 18, 6 y 11), de allí que es importante conocer la situación de la infección por el Virus del papiloma humano en mujeres.

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. Un control integral del cáncer se dirige a toda la población, pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo ¹⁸.

En este contexto, el Estado Peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos poniendo en marcha en noviembre del año 2012 el Plan Nacional para la Atención

Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos del Perú denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2012-SA). Se espera que el Plan Esperanza, implemente las mejores estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios oncológicos para la atención del cáncer, priorizando la población más vulnerable. El Plan Esperanza debe ser también, el principal usuario de la información generada por la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer para la toma de decisiones ¹⁹.

El incremento de los casos de cáncer en el Perú y en el Ecuador puede ser explicado por determinantes como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la pobreza, la urbanización, los cambios en la dieta, el género, la raza/etnia, entre otros. La transición demográfica se caracteriza por la disminución de la mortalidad infantil debido a una reducción importante de las enfermedades infecciosas, de la tasa de fecundidad y de la tasa de mortalidad, lo que trae como consecuencia el envejecimiento poblacional ²⁰. Estos cambios en la dinámica demográfica han generado modificaciones en la estructura de la población determinando transformaciones en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto ²¹.

Por otro lado existe evidencia de que diversos factores sumados a la carga genética incrementan el riesgo de la aparición de cánceres. El impacto en la salud pública radica en que, una reducción en la frecuencia de los factores modificables en la población general tendría impacto en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer ²².

Entre los principales factores de riesgo para contraer cáncer está el consumo de tabaco; asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago. Además el consumo de alcohol asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama, también el bajo consumo de frutas y verduras asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto).

Así mismo la dieta no saludable, el consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon, en lo que es en Combustión de leña y carbón está vinculado a cáncer de pulmón; exposición a asbesto asociado a cáncer de pulmón (Mesotelioma).

Las Conductas sexuales de riesgo ocurren con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.

Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix. En lo que es Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago, el sedentarismo Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.

Infección: Se ha encontrado asociación entre la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y cáncer de cérvix, del virus de la hepatitis B (VHB) con el hepatocarcinoma y del Helicobacter pylori con el cáncer de estómago.

Exposición a radiaciones no ionizantes: Como en el caso de la exposición a la radiación solar sin fotoprotección y el cáncer de piel ²².

Danaei y col. encontraron que tanto a nivel mundial como en países de bajos-medios ingresos como el nuestro, el mayor número de muertes por cáncer es explicado por factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y bajo consumo de frutas y verduras en la dieta; mientras que, en países de altos ingresos, los factores de riesgo que explican el mayor número de muertes por cáncer son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. Para el caso del cáncer cervical, la transmisión sexual del virus del papiloma humano constituyó la principal causa de muerte en países de bajos y medianos ingresos ²³.

Cuando el cáncer se inicia, los signos y los síntomas que produce pueden confundirse fácilmente con un problema infeccioso, la paciente presenta flujo

vaginal amarillento o sanguinolento, sangrados vaginales fuera de la menstruación, sangrado durante las relaciones sexuales o después de haberlas tenido o dolor vaginal durante las relaciones sexuales. Sólo en las etapas muy tardías, cuando el cáncer se ha extendido más allá del cuello de la matriz, es cuando aparecen otros signos poco alentadores: la paciente baja de peso, puede presentar problemas urinarios de tipo infeccioso, sangrados anormales o de obstrucción al flujo de orina, por la invasión de la vejiga; o bien, estreñimiento o sangrado, por la invasión del colon y el recto ²².

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.

Biopsia exocervical y/o endocervical: De acuerdo a hallazgos del examen colposcópico y criterio médico.

Lgrado 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.

Conización Cervical: En los casos que se sospeche una microinvasión 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 ²³.

Sin embargo es importante mencionar a la prevención primaria como una de las principales medidas para evitar o prevenir el cáncer cervical, a través de la educación a la población en relación a la importancia de ésta patología, sus factores de riesgo y como también la vacunación por virus papiloma humano.

La educación a la población acerca del conocimiento respecto a la aparición del cáncer cervicouterino y de sus factores, es una de las principales herramienta a

utilizar en la prevención primaria. Esta estrategia debe incluir una adecuada educación en salud sexual y paternidad responsable, especialmente en grupos adolescentes, así como la promoción acerca de los beneficios de una alimentación saludable. Se ha observado en estudios de investigación 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 y la adherencia a los programas de tamizaje. Además, estudios descriptivos han demostrado que el uso de estrategias para invitar a las mujeres a hacerse el Papanicolaou o rescatar a las inasistentes, aumentan la adherencia al tamizaje ²⁴.

La enfermera/o al promocionar la prevención del cáncer de cuello uterino debe de lograr el aprendizaje de la población a quien va dirigida su educación. Entendiéndose al aprendizaje como el proceso a través del cual se adquieren nuevas habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado del estudio, la experiencia la instrucción y la observación. Este está relacionado con la educación y el desarrollo personal y debe estar orientado adecuadamente, siendo favorecido cuando el individuo está motivado ²⁵.

Otra forma de prevenir, es la promoción de la aplicación de la vacuna 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 Papanicolaou periódicamente, ya que pueden desarrollar una lesión preinvasora o un cáncer por alguno de los otros genotipos oncogénicos no incluidos en estas vacunas ²⁵.

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 por falta de conocimientos, de manera que la intervención debe ser rápida para que sea efectiva, controlar o curar la enfermedad ¹⁸.

La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou, la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix para detectar células normales y/o anormales en las secreciones del cuello uterino y vagina ¹⁸.

Las mujeres en actividad sexual, pueden seguir el esquema diseñado por Walton, quien propone que la toma de muestras debe iniciarse cuando la mujer comienza su vida sexual. Si este primer examen es negativo, debe ser repetido al año y si esta segunda muestra también es negativa, las siguientes se tomarán cada tres años. Mientras que, las mujeres que tienen alto riesgo, tienen como característica, inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, falta de higiene, infecciones del aparato genital, etc. Este grupo debe tener examen citológico anual. En nuestro país este sector de la población es, desgraciadamente, el más numeroso ²⁵. Así mismo a partir de los 30 años de edad, las mujeres que hayan tenido tres pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales pueden hacerse las pruebas cada dos o tres años; las mujeres de 70 años o más, que hayan tenido tres o más Pruebas de Papanicolaou consecutivas con resultados normales, y que no hayan tenido ninguna prueba con resultados anormales en los 10 años previos, pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Para las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) también pueden dejar de hacerse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

Por ello el Ministerio de Salud del Perú, recomienda realizarse la prueba del Papanicolaou, cada 3 años cuando sus 2 primeros exámenes anuales consecutivos sean negativos a criterio de su médico (evaluación de factores de riesgo) ²⁵.

Las mujeres en edad fértil que comiencen su vida sexual deben asumir conductas sexuales saludables y responsables (ya que el Papiloma Virus Humano

es un organismo difusamente encontrado en un alto porcentaje de adultos sexualmente activos), deben tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva considerando su autoestima y auto respeto, así iniciar la detección precoz del cáncer cervicouterino a través de los servicios de tamizaje.

Las mujeres en edad fértil son aquellas mujeres cuyas edades se sitúan entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 49 años.

Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años, a partir de aquí es cuando las posibilidades de conseguir el embarazo se reducen considerablemente ²⁶.

Para que las mujeres asuman conductas saludables y responsables y tomen decisiones sobre su salud sexual y reproductiva necesitan tener conocimientos sobre prevención de Cáncer cervical; el conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos. El termino conocimiento se usa en el sentido de conceptos e informaciones ²⁷; es así como en la comunidad de estudio se investigará los pre-saberes que existen, para poder establecerlos y de allí partir para el mejoramiento de los mismos. La Real Academia de la Lengua Española define el término conocimiento como: noción, ciencia, sabiduría, entendimiento, inteligencia, razón natural ²⁸.

Según la literatura revisada el conocimiento tiene tres características básicas:

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas; su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consume", permite "entender" los fenómenos que las personas perciben, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado, y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento. Sirve de guía para la acción de las

personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos.

Estas características convierten al conocimiento, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Por ende, la falta de conocimiento sobre la problemática del cáncer de cuello uterino, los riesgos de padecer la enfermedad y de la realización del Papanicolaou como alternativa oportuna para curar la enfermedad constituye un factor negativo muy influyente que impiden la adopción de medidas preventivas adecuadas por parte de las mujeres, cuyos antecedentes las hagan poblaciones de riesgo ²⁷.

El nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer cervical, se define como: la medición de toda aquella información, concepto o idea que posee la persona, para averiguar la igualdad o diferencia del conocimiento sobre prevención de cáncer cervical, el cual será clasificado a una escala definida como: bajo, medio y alto ²⁹.

Una de las teorías más utilizadas por la Organización Mundial de la Salud, en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud. El Modelo de Creencias de Salud fue desarrollado por un grupo de especialistas en psicología social, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco, El Modelo de Creencias de Salud es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud,

el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del Modelo de Creencias de Salud en educación de la salud.³⁰

Otra teoría que avala la presente investigación es la teoría del autocuidado, porque trata de fomentar el autocuidado partiendo de una fuente de datos que serán obtenidos a través de la exploración del nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil sobre una enfermedad que puede prevenirse si se realizan prácticas preventivas como es el Cáncer de cuello uterino. Esta teoría explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

Los Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Los Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Los Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.³¹.

2.3 Definición de términos

Conocimiento:

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir conductas, es decir lo que se debe o puede hacer frente una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos ²⁷.

Nivel de Conocimientos:

Es la medición de toda aquella información, concepto o idea que posee la persona, para averiguar la igualdad o diferencia del conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, el cual será clasificado a una escala definida como: bajo, medio y alto ²⁹.

Prevención primaria:

Es una de las principales medidas para evitar o prevenir cualquier enfermedad, través de la educación a la población, acción encaminada a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados Con esto se consigue evitar que los factores de riesgo actúen sobre un órgano concreto y causen en él alteraciones que puedan generar enfermedades como el cáncer, también incluye la vacunación ²⁴.

Cáncer cervical:

El cáncer cervical o de cuello uterino se define como una enfermedad progresiva que inicia con cambios intra-epiteliales pre-malignos, denominada neoplasia cervical intraepitelial los cuales empiezan con displasia leve, llamada neoplasia cervical intraepitelial I o condiloma plano, lesiones que se caracterizan por cambios coilocíticos, principalmente en las capas superficiales del epitelio ¹⁷.

Mujeres en edad fértil:

Las mujeres en edad fértil son aquellas mujeres cuyas edades se sitúan entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 49 años.

Dentro de ese período, las mejores condiciones de fertilidad se dan normalmente hasta los 35 años, a partir de aquí es cuando las posibilidades de conseguir el embarazo se reducen considerablemente ²⁶.

2.4 Hipótesis.

H₁ El nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud “Aguas Verdes” en Perú es menor que el nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud “La Paz” en Ecuador.

H₀ El nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud “Aguas Verdes” en Perú es mayor que el nivel de conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud “La Paz” en Ecuador.

2.5 Variables.

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Nivel de conocimientos:

Es la medición de toda aquella información, concepto o idea que posee la persona, para averiguar la igualdad o diferencia del conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, el cual será clasificado a una escala definida como: bajo, medio y alto ²⁹.

2.5.2 Definición operacional de la variable

La variable, nivel de conocimientos se operativizará mediante la aplicación de una encuesta de 20 ítems, clasificando el nivel de conocimientos en las siguientes categorías:

Conocimiento bajo : 0-6 puntos.

Conocimiento medio : 7-13 puntos.

Conocimiento alto : 14 -20 puntos.

2.5.3 Operacionalización de la variable

En Matriz de Operacionalización de Variables en (anexo N° 1)

CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y comparativo, de corte transversal de un nivel aplicativo.

3.2 Descripción del ámbito de la investigación

El Centro de Salud “Aguas Verdes” se encuentra ubicado en la panamericana norte, en el Asentamiento Humano complejo habitacional “La Curva”, distrito de Aguas Verdes, provincia de Zarumilla; es de nivel I-3, microred de Zarumilla; este centro fue construido con el aporte del Fondo binacional capítulo Perú, así como el aporte del Gobierno Regional de Tumbes y de la Municipalidad de Aguas Verdes, actualmente se encuentra bajo la dirección del Médico Jorge Luis Laboriano Sánchez, es el establecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud, orientado a brindar una atención integral en sus componentes de promoción, prevención y recuperación. Brinda consulta médica ambulatoria, orientada según requerimiento, de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, también cuenta con programas de planificación familiar, control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, servicios de odontología, obstetricia, emergencia, farmacia y

laboratorio, atendiendo en turnos de mañana y tarde prioritariamente orientado a las zonas urbanas marginales.

Para la realización del presente estudio se tomará en cuenta el programa de Planificación familiar atendido por una obstetra.

Por otro lado el centro de salud “La Paz” se encuentra ubicado en la ciudadela 1ero de Mayo, Calle 10 de Agosto y Pichincha, cantón Huaquillas, provincia del Oro, Ecuador, bajo la dirección del Médico, Carlos Aguirre Canchina, el centro de salud “La Paz” atiende además a la población de la parroquia Milton Reyes, Cdla. Nueva Aurora, El Carmen, Patria Nueva entre otros. Brinda atención en el primer nivel, atendiendo en consulta externa, servicio de ginecología y obstetricia, planificación familiar y dental, en turnos de mañana y tarde. Para la realización de la presente investigación, también se tomará en cuenta el servicio de planificación familiar.

3.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las mujeres en edad fértil que acudieron al Programa de Planificación Familiar, que fueron 50 usuarias en edad fértil inscritas, en el Centro de Salud de “Aguas Verdes” y por todas las mujeres en edad fértil que acuden al Programa de Planificación Familiar, en el Centro de Salud “La Paz” que para efectos de la investigación se consideró el mismo número en ambos centros de salud; constituyéndose ésta misma población en un muestreo no probabilístico por cuotas.

La muestra fue tomada durante los meses de septiembre y octubre del presente año.

- **Criterios de inclusión**

- ✓ Mujeres cuyas edades oscilen entre los 15 y 49 años.
- ✓ Mujeres usuarias del Centro de salud que acudan al consultorio de Planificación Familiar.

- **Criterios de exclusión**

- ✓ Mujeres que hayan padecido o padezcan Cáncer Cervicouterino.
- ✓ Mujeres que no acepten participar en el estudio.

3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

La técnica para recolectar la muestra se hará mediante la encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario; se captarán a todas las mujeres en edad fértil, que acudan al consultorio de planificación familiar, según días y horario de atención de ambos Centros de Salud, durante el tiempo programado en el cronograma, cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser anotadas en un registro.

En primer lugar se les hará firmar el consentimiento informado (anexo 4) y se les aplicará como instrumento una encuesta (anexo 2). Que consta de 20 ítems donde se establecerá el nivel de conocimientos en tres categorías: bajo, medio y alto.

3.5 Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento a utilizarse en la presente investigación ya ha sido validado por Paredes, E. 2010. En una investigación titulada “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca”, TESIS para optar el grado académico de Magíster en Obstetricia con mención en Salud Reproductiva

15.

La confiabilidad de instrumento fue dada por la aplicación del Alfa de Crombach aplicada en anteriores investigaciones ¹⁵.

3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó en primer lugar, la presentación de un oficio dirigido al Médico Jefe de ambos Centros de salud, (Perú –Ecuador), a fin de obtener la autorización para la realización del estudio. Posteriormente a ello se realizó las coordinaciones pertinentes con la Obstetra responsable del Programa de Planificación Familiar, para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos a partir del mes de Septiembre y Octubre.

En el Centro de salud de Aguas Verdes la recolección de datos se realizó en los días y horarios establecidos por la profesional, los cuales serán los días lunes, miércoles y viernes de 9:00 a 12: 00 de la mañana y en el centro de salud “De La Paz” en el Ecuador, la recolección de datos se realizó por la tarde de 3pm a 6pm, horarios en que funciona el programa.

En segundo lugar, se hizo la elección de las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión las cuales firmaron el consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario, durante un tiempo aproximado de 15 minutos, donde a la vez se despejaron sus dudas y se brindó recomendaciones.

Luego de concluida la recolección de datos se procesó en forma manual, previa elaboración de la tabla de códigos, asignándole a la respuesta correcta el valor de 1 punto y 0 puntos a la respuesta incorrecta. Para la presentación de los hallazgos se realizaron tablas y gráficos estadísticos, en el Programa SPSS versión 19.00 y posteriormente el análisis e interpretación de la información obtenida, considerando los objetivos propuestos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

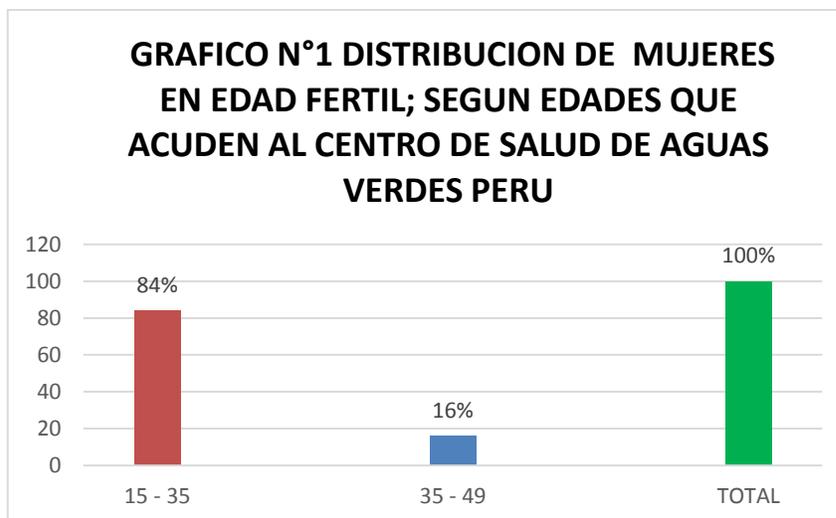
TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL; SEGÚN EDADES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE “AGUAS VERDES” EN PERÚ

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 35	42	84%
35 - 49	8	16%
TOTAL	50	100%

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el C.S “Aguas Verdes” 2015.

GRAFICO N° 1



INTERPRETACION: En la tabla y grafico N°1 se muestra la distribución de mujeres en edad fértil según edades que acuden al Centro de salud “Aguas Verdes” en Perú, donde se observa que el 84% corresponde a mujeres de edades comprendidas entre 15 – 35 años, seguido de un 16% cuyas edades son de 35 - 49 años.

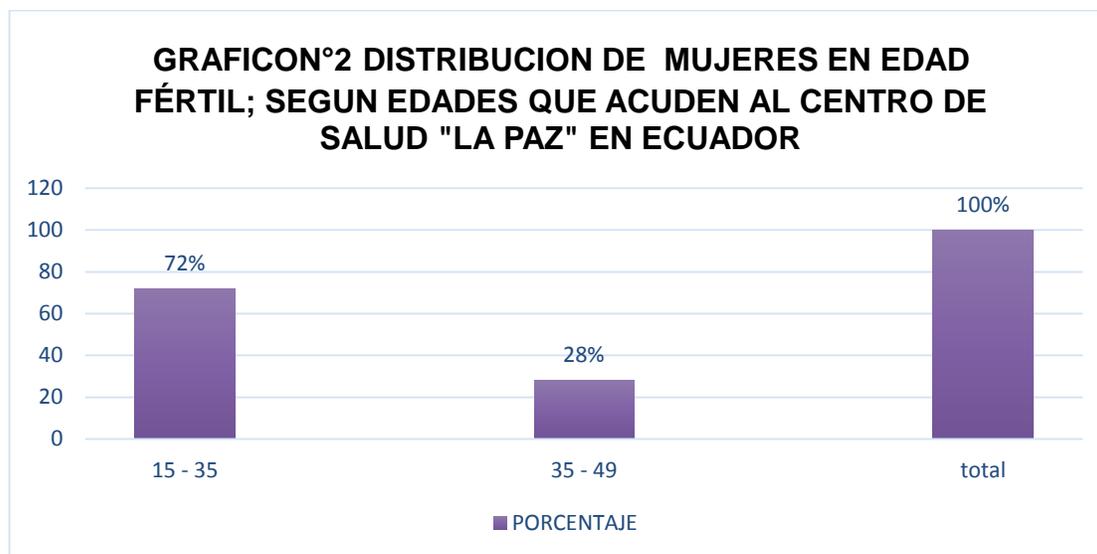
TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL; SEGÚN EDADES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “LA PAZ” EN ECUADOR.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 35	36	72
35 - 49	14	28
TOTAL	50	100

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el centro de salud “La Paz” en Ecuador 2015

GRAFICO N°2



INTERPRETACION: En la tabla y grafico N°2, se muestra la distribución de mujeres en edad fértil según edades que acuden en el Centro de Salud “La Paz”, donde se observa que el 72% corresponde a mujeres de edades comprendidas de 15 – 35 años, seguido de un 28% cuyas edades son de 35 – 49 años.

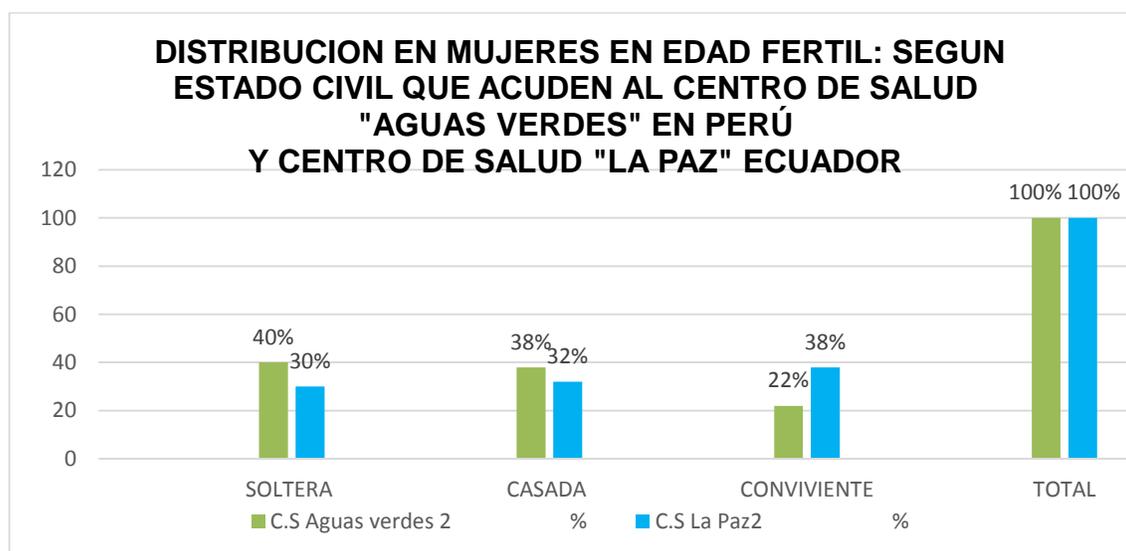
TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL; SEGÚN ESTADO CIVIL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “AGUAS VERDES” EN PERÚ Y CENTRO DE SALUD “LA PAZ” ECUADOR.

ESTADO CIVIL	C.S AGUAS VERDES		C.S LA PAZ	
	N°	PORCENTAJE %	N°	PORCENTAJE %
SOLTERA	20	40%	15	30%
CASADA	19	38%	16	32%
CONVIVIENTE	11	22%	19	38%
TOTAL	50	100%	50	100%

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el C.S Aguas Verdes Perú y C.S La Paz Ecuador.

GRAFICO N° 3



INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 3 se muestra la distribución de mujeres en edad fértil; según estado civil que acuden al centro de salud “Aguas Verdes” Perú y Centro de salud “La Paz” Ecuador; donde observamos que en el C.S “Aguas Verdes” el 40%, son solteras, seguido el 38% de casadas y por último el 22% de mujeres conviviente a diferencia del C.S “La Paz” tiene un 30% de estado civil solteras, el 32% pertenece a mujeres casadas y el 38% a mujeres de estado civil conviviente.

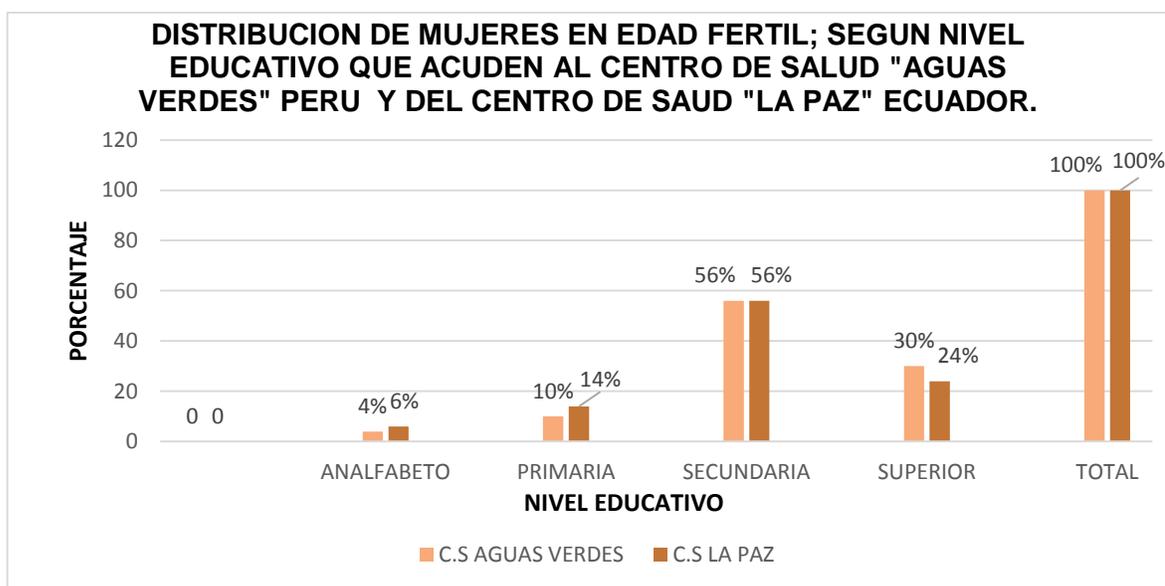
TABLA N°4

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL; SEGÚN NIVEL EDUCATIVO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “AGUAS VERDES” EN PERÚ Y CENTRO DE SALUD “LA PAZ” ECUADOR

NIVEL EDUCATIVO	C.S AGUAS VERDES		C.S LA PAZ	
	N°	%	N°	%
ANALFABETO	2	4%	3	6%
PRIMARIA	5	10%	7	14%
SECUNDARIA	28	56%	28	56%
SUPERIOR	15	30%	12	24%
TOTAL	50	100%	50	100%

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el C.S Aguas Verdes Perú y C.S La Paz Ecuador.

GRAFICO N° 4



INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 4 se muestra la distribución de mujeres en edad fértil; según nivel educativo que acuden al C.S “Aguas Verdes” y C.S “La Paz”; donde se observa que en el C.S “Aguas Verdes” el 4% son analfabetas seguidas de un 56% con secundaria, cifra similar obtuvo el C.S “La Paz”; con el 56% de nivel secundaria y un 6% de analfabetas.

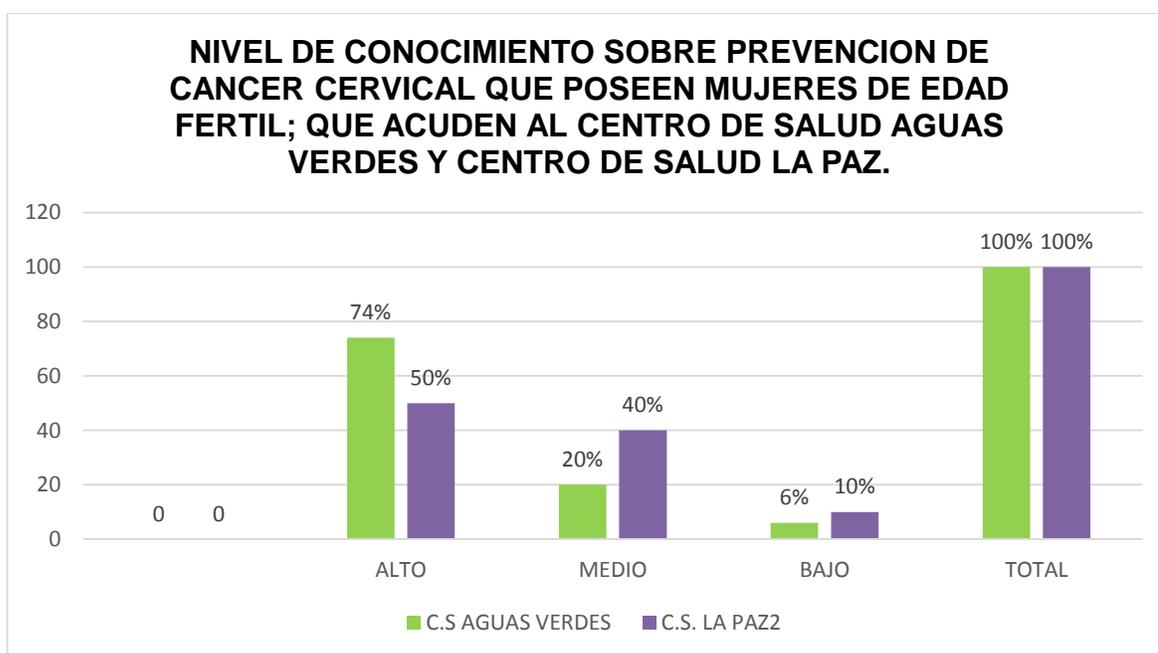
TABLA N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCION DE CÁNCER CERVICAL QUE POSEEN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL; QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “AGUAS VERDES” PERÚ Y CENTRO DE SALUD “LA PAZ” EN ECUADOR.

	C.S. AGUAS VERDES		C.S LA PAZ	
	N	%	N	%
ALTO	37	74%	25	50%
MEDIO	10	20%	20	40%
BAJO	3	6%	5	10%
TOTAL	50	100%	50	100%

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el C.S “Aguas Verdes” Perú y C.S “La Paz” Ecuador.

GRAFICO N°5



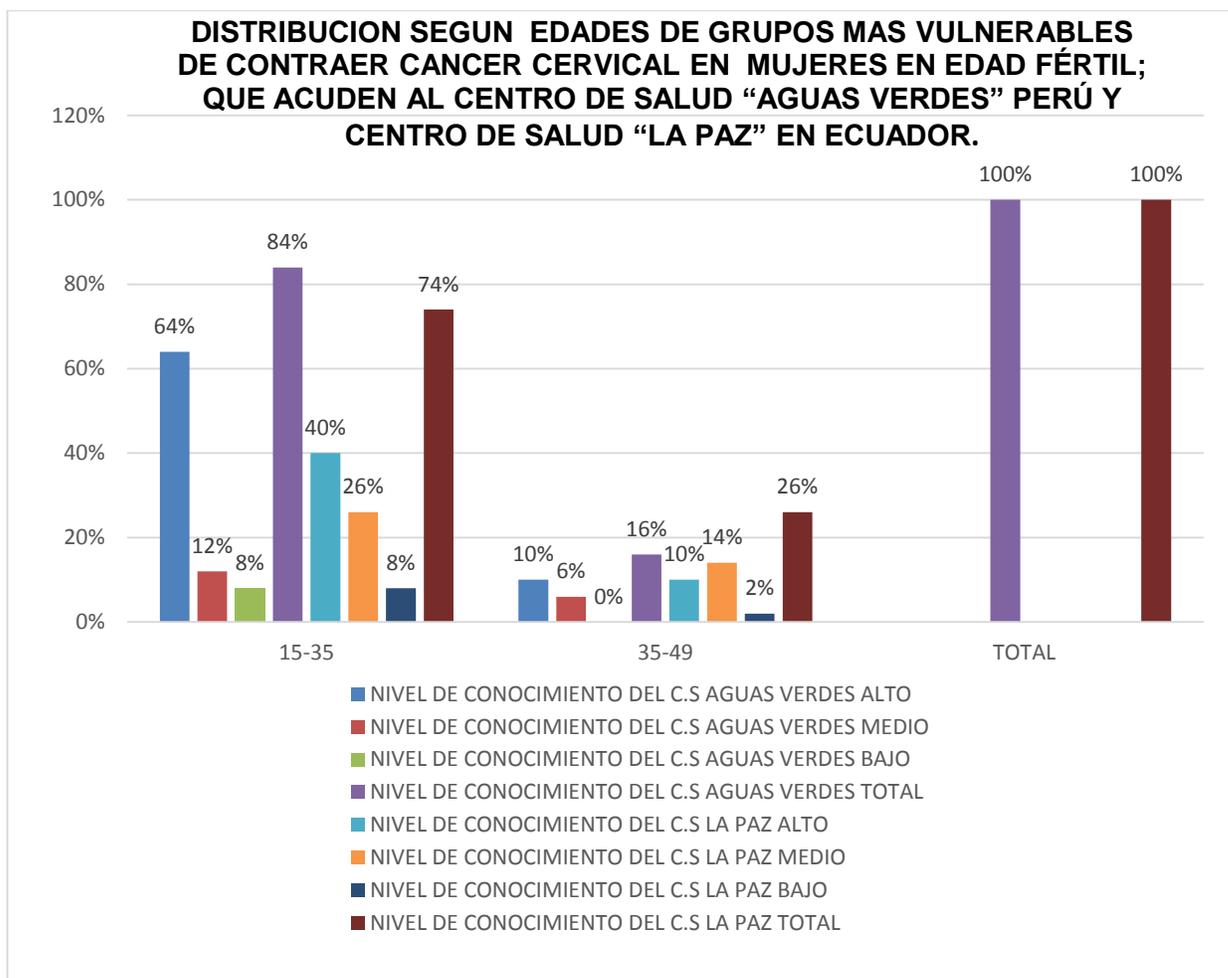
INTERPRETACION: En la tabla y grafico N° 5 se muestra el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cervical que poseen mujeres de edad fértil; que acuden al C.S “Aguas Verdes” y C.S “La Paz” Ecuador; donde observamos que en el Centro de Salud “Aguas Verdes” el 74% pertenece a las mujeres de nivel educativo alto con mayor conocimiento, seguido de un 20% de mujeres que tienen conocimiento de nivel medio y en lo que es en nivel educativo bajo pertenece el 6% ; en cuanto en el Centro de Salud “La Paz” observamos un 50% de mujeres con nivel de conocimientos alto y un 40% nivel de conocimientos medio, seguido de un 10% de nivel bajo.

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS MÁS VULNERABLES DE CONTRAER
CÁNCER CERVICAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL; QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD “AGUAS VERDES” PERÚ Y CENTRO DE
SALUD “LA PAZ” EN ECUADOR.

EDADES	NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL C.S AGUAS VERDES				NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL C.S LA PAZ			
	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
15-35	64%	12%	6%	84%	40%	26%	8%	74%
35-49	10%	6%	0%	16%	10%	14%	2%	26%
TOTAL	74%	18%	6%	100%	50%	40%	10%	100%

FUENTE: Datos obtenidos de las encuestas aplicadas en el C.S “Aguas Verdes” Perú y C.S “La Paz” Ecuador.

GRÁFICO N° 6



INTERPRETACION: En la tabla y grafico N°6 se muestra la distribución según edades de grupos más vulnerables de contraer cáncer cervical en los dos centros de salud “Aguas Verdes” Perú y “La Paz” Ecuador; observamos que de todas las mujeres encuestadas en el C.S de “Aguas Verdes” poseen un nivel de conocimiento alto en un 74%, un nivel medio de conocimientos en un 18 % y un 6% con nivel bajo; en el C.S “La Paz” el 50% tienen un nivel alto de conocimientos, un nivel medio 40% y un nivel bajo un 10%; en los resultados se evidencia que el grupo poblacional más vulnerable de contraer cáncer sería las mujeres que acuden al C.S. “La Paz” Ecuador en un 10%, especialmente entre las edades de 15 a 35 años.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En la tabla y grafico N°1 se muestra la distribución de mujeres en edad fértil según edades que acuden al Centro de salud “Aguas Verdes” en Perú, donde se observa que el 84% corresponde a mujeres de edades comprendidas entre 15 – 35 años, seguido de un 16% cuyas edades son de 35 - 49 años. También en la tabla y grafico N°2, se muestra la distribución de mujeres en edad fértil según edades que acuden en el Centro de Salud “La Paz”, donde se observa que el 72% corresponde a mujeres de edades comprendidas de 15 – 35 años, seguido de un 28% cuyas edades son de 35 – 49 años. Según estos resultados observamos que el mayor porcentaje de mujeres que acuden a los centros de salud corresponden a mujeres jóvenes en edades de 15 a 35 años, a las cuales se les podría concientizar a parte de recibir una planificación familiar, sobre la importancia de la prueba de Papanicolaou, como medida de despistaje precoz de cáncer de cérvix.

En la tabla y grafico N° 3 se muestra la distribución de mujeres en edad fértil; según estado civil que acuden al centro de salud “Aguas Verdes” Perú y Centro de salud “La Paz” Ecuador; donde observamos que en el C.S “Aguas Verdes” el 40%, son solteras, seguido el 38% de casadas y por último el 22% de mujeres conviviente a diferencia del C.S “La Paz” tiene un 30% de estado civil solteras, el 32% pertenece a mujeres casadas y el 38% a mujeres de estado civil conviviente. El estado civil predominante en Perú es la soltería y en el Ecuador es el ser convivientes,

probablemente por el estado civil en que se encuentran son personas que se sienten inestables en su relación de pareja y acuden en mayor porcentaje a los Centros de salud, preocupadas por su salud sexual y reproductiva.

En la tabla y grafico N° 4 se muestra la distribución de mujeres en edad fértil; según nivel educativo que acuden al C.S “Aguas Verdes” y C.S “La Paz”; donde se observa que en el C.S “Aguas Verdes” un 56% con secundaria, cifra similar obtuvo el C.S “La Paz”; con el 56% de nivel secundaria. Similares resultados tuvieron Huamaní, Ch. (2007), quien realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú, obtuvo como resultados: el 46% fueron solteras, y el 93% tenía un nivel de instrucción secundario sobre el conocimiento del Papanicolaou se consideró como alto en 64,8% sabía en qué consistía la toma de PAP y el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de Papanicolaou.

En la tabla y grafico N° 5 se muestra el nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer cervical que poseen mujeres de edad fértil; que acuden al C.S “Aguas Verdes” y C.S “La Paz” Ecuador; donde observamos que en el Centro de Salud “Aguas Verdes” el 74% pertenece a las mujeres de nivel alto con mayor conocimiento, seguido de un 20% de mujeres que tienen conocimiento de nivel medio y en lo que es en nivel educativo bajo pertenece el 6% ; en cuanto en el Centro de Salud “La Paz” observamos un 50% de mujeres con nivel de conocimientos alto y un 40% nivel de conocimientos medio, seguido de un 10% de nivel bajo. Estos resultados nos muestran que el nivel de conocimientos predominante en ambos países fue alto con un 74% en el centro de salud “Aguas Verdes” Perú y un 50% en el centro de salud “La Paz”, en Ecuador, resultando finalmente que las mujeres que acuden a los servicios en Perú poseen un nivel de conocimientos más elevado que en el Ecuador, probablemente por el énfasis que se está dando a la educación en salud promovida por el primer nivel de atención; resultados similares fueron encontrados por Huamaní, Ch. (2007), realizó una investigación sobre conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú, consideró como alto el nivel de conocimientos en un 64,8%

sabían en qué consistía la toma de PAP y el 65,2% sabía la frecuencia óptima para la toma de Papanicolaou. Estos resultados difieren de los encontrados por Picón, M. (2009), en Chile quién realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano”, cuyos resultados fueron: de un total de 10 entrevistadas, la mayoría tenían entre 18 y 21 años. El 90% de las mujeres tenía bajo conocimiento o falta de conocimiento acerca del Papiloma Virus Humano. El 80% de las mujeres no se sentía en riesgo de una infección de Papiloma Virus Humano.

En la tabla y grafico N°6 se muestra la distribución según edades de grupos más vulnerables de contraer cáncer cervical en los dos centros de salud “Aguas Verdes” Perú y “La Paz” Ecuador; observamos que de todas las mujeres encuestadas en el C.S de “Aguas Verdes” poseen un nivel de conocimiento alto en un 74%, un nivel medio de conocimientos en un 18 % y un 6% con nivel bajo; en el C.S “La Paz” el 50% tienen un nivel alto de conocimientos, un nivel medio 40% y un nivel bajo un 10%; en los resultados se evidencia que el grupo poblacional más vulnerable de contraer cáncer sería las mujeres que acuden al C.S. “La Paz” Ecuador en un 10%, especialmente entre las edades de 15 a 35 años. Esto nos lleva a pensar que el nivel de conocimientos y la práctica mejora con la edad, el grado de instrucción, la paridad y la planificación familiar, así lo afirma también Soza ,N. (2007), quién realizó un estudio en Nicaragua, titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán – nicaragüense.

CONCLUSIONES

- Al observar los resultados en el presente trabajo se concluye que el grupo predominante que acude a recibir los servicios ginecológicos en ambos centros de salud son de 15 a 39 años en ambos países, Perú y Ecuador.
- Observamos que en el C.S “Aguas Verdes” el 40%, son solteras, seguido el 38% de casadas y por último el 22% de mujeres conviviente a diferencia del C.S “La Paz” tiene un 30% de estado civil soltera, el 32% pertenece a mujeres casadas y el 38% a mujeres de estado civil conviviente. El estado civil predominante en Perú es la soltería y en el Ecuador es el ser convivientes.
- La distribución de mujeres en edad fértil; según nivel educativo que acudieron al C.S “Aguas Verdes” y C.S “La Paz”; fue una cifra similar a un 56% con nivel secundaria, con un 4% de analfabetas en el C.S “Aguas Verdes” Perú y un 6% en el C.S “La Paz” en Ecuador.
- El nivel de conocimientos predominante en ambos países fue alto con un 74% en el centro de salud “Aguas Verdes” Perú y un 50% en el centro de salud “La Paz”, en Ecuador, resultando finalmente que las mujeres que acuden a los servicios en Perú poseen un nivel de conocimientos más elevado que en el Ecuador.
- En los resultados se evidencia que el grupo poblacional más vulnerable de contraer cáncer sería las mujeres que acuden al C.S. “La Paz” Ecuador en un 10%, especialmente entre las edades de 15 a 35 años.

RECOMENDACIONES

- Se debe desarrollar actividades preventivo – promocionales sobre el Cáncer cervical, con realización de la prueba de Papanicolaou temprana, periódica y oportuna de manera organizada, adaptándolas a las circunstancias y características personales de las usuarias de los diferentes Centros de salud tanto de Perú como del Ecuador encaminadas a obtener una conducta final deseada.
- Capacitación constante sobre prevención de enfermedades crónicas no transmisibles especialmente “Cáncer” dirigidas al personal de salud para despertar el interés por aumentar las coberturas de la Prueba de Papanicolaou, ofreciéndola constantemente a todas las usuarias que acuden a los Centros de Salud. La responsabilidad asistencial del diagnóstico precoz y tratamiento, recae sobre los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención. Es preciso considerar el enorme beneficio de la prevención en relación con los costos del tratamiento.
- Lograr el compromiso de las autoridades que correspondan, para la proporción oportuna de insumos en la toma del Papanicolaou, así como reactivos para el procesamiento de las muestras y la entrega oportuna de resultados; que garantice la atención de la demanda del servicio de detección de Cáncer.
- Realizar estudios de investigación de mayor alcance que consideren estas prácticas de prevención, para observar la realidad nacional e internacional ya que la morbimortalidad en ambos países es elevada ocupando el primer puesto en Perú y el segundo en Ecuador y eventualmente en un futuro, proponer programas de intervención que tiendan a modificar las prácticas erróneas.

- La estrategia sanitaria nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles debe complementar sus actividades, dando énfasis a la labor educativa proporcionada por médicos y enfermeras para la toma de conciencia de la prevención en esta enfermedad y la importancia de estilos de vida en la población.
- La implementación de las medidas de prevención y promoción de la salud en la comunidad con participación de los agentes comunitarios, es urgente para la realización de campañas de despistaje y colocación de las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stopes, M . 2004. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Sucre, Bolivia.
2. Santisteban A. 2006. Cáncer en el siglo XXI. Acta Med Perú; 23(2): 112-18.
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2009. Norma técnico oncológico para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Lima, Perú: INEN.
4. The Lancet Oncology Comisión. 2013. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol;14:1-52.
5. Organización mundial de la Salud. 2007. Control del Cáncer: aplicación de los conocimientos; Guía para desarrollar programas eficaces; módulo 6. Ginebra:OMS.
6. Organización Panamericana de la Salud. 2012. El cáncer en la región de las Américas. OPS; Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16805&Itemid=.
7. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2011. Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino .Estadística: perfil epidemiológico [página de internet]. Lima: INEN; [Fecha de acceso: 2 junio de 2014]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/03022011_R.J_011_2011OKEY.pdf
8. Ramos, W. 2013. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, Vigilancia Epidemiológica de Cáncer. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.
9. Sarzosa, G. 2013. Agencia Pública de noticias del Ecuador y Sudamérica, Andes. Ecuador.
10. Ruoti de García de Zúñiga y col. 2008 “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou (PAP) en mujeres embarazadas consultantes de hospitales del Departamento de Alto Paraná, Paraguay”. En Revista Memorias Institucionales de Investigación en Ciencias y Salud. Vol.6 (2).. Págs. 48,51-58.

11. Soza, N. 2007. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Papanicolaou entre pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Alemán – nicaragüense . Tesis para optar el título de especialista en Medicina Integral. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
12. Cogollo, Z. y col. 2007. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres de 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). En Revista Salud Uninorte. Barranquilla. Vol. 26 (2). Año. Colombia. Págs. 223, 226-229.
13. Picón, Marie. 2009. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres jóvenes acerca del Papiloma Virus Humano, Chile.
14. Huamaní Ch. 2007. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima. Perú Med Exp Salud Pública. Perú;. 25(1):44-50.
15. Paredes, E. 2010. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y el virus del papiloma humano en estudiantes de la UNASAN, filial Barranca, TESIS para optar el grado académico de Magíster en Obstetricia con mención en Salud Reproductiva.
16. Alvarado V. y col. 2008. Nivel de conocimientos y actitudes frente al examen del papanicolaou de mujeres atendidas en centro de salud de Tumbes. Perú.
17. Nelson F. 2008. Patología Humana .8ª edición. Chile. Editorial Elsevier. España.
18. Organización Mundial de la Salud. 2007. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. Génova.
19. Diario Oficial El Peruano. D.S. N° 009-2012-SA. Lima, sábado 3 de noviembre de 2012.
20. Programa Regional de Población y Desarrollo Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), 2008. División de Población/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas; Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf>.
21. Ruiz - Guerrero J. 2011. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México. Encrucijada revista electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública; 8: 1-16

22. Lazcano-Ponce EC, Hernández-Avila M. 1997. Cáncer: Frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud Publica Mex*;39(4):251
23. Ministerio De Salud. 2010. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino. Chile: Minsal, Edición.
24. Flores P. 2011. 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.
25. Álvarez, Rita. 2002. Metodología del Aprendizaje y la Enseñanza. Bolivia.
26. Gutiérrez, D. 1996. Salud Reproductiva: Concepto e Importancia, Organización Panamericana de la Salud.
27. Figueroa, N. 2011. Conocimiento, actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio las flores; del distrito de Barranquilla. Colombia.
28. Diccionario de la Lengua Española. 2014. 23^{ava} edición. España.
29. WALON, Henry. 1985. "Psicología, ciencia y sociedad". España.
30. Soto F, Lacoste M, Gutiérrez A. 1997. El modelo de creencias de salud. *Revista de Salud Pública*: 71: 335-311.
31. Orem, D. E. 1993. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.

ANEXOS

ANEXOS N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

PROBLEMA	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Qué nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer cervical, poseen las mujeres en edad fértil; que acuden a los Centros de Salud “Aguas Verdes” de Perú y el Centro de salud “La Paz” en Ecuador, Tumbes, 2015?	Nivel de conocimientos	<p>Conocimientos sobre el cáncer cervical.</p> <p>Conocimientos sobre: Virus del papiloma humano.</p> <p>Conocimientos sobre: prueba de Papanicolaou.</p>	<p>Bajo : 0-6 puntos.</p> <p>Medio : 7-13 puntos.</p> <p>Alto : 14-20 puntos</p>	Cuestionario

ANEXO N° 2
INSTRUMENTO
CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER DE CUELLO
UTERINO Y SU PREVENCION

FECHA DE LA ENCUESTA:.....

PRESENTACION

La presente encuesta se aplicara con la finalidad de recolectar información necesaria para el desarrollo de la tesis titulada:

Nivel de Conocimientos sobre prevención de cáncer cervical en mujeres de edad fértil; del Centro de Salud Aguas Verdes y Centro de Salud la Paz Ecuador. Junio – Octubre 2015.

Este cuestionario es totalmente anónimo, confidencial y tiene preguntas sencillas, pero lo mas importante es que responda con sinceridad. Le agradecemos su gentil colaboración, nos servirá para poder proponer algunas soluciones en bien de todas las mujeres en edad fértil.

DATOS GENERALES:

País de Origen:

Perú () Ecuador ()

Edad:.....

Estado Civil:

Soltera ()

Conviviente ()

Casada ()

Otros () _____

Nivel Educativo:

Analfabeto ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Lea atentamente los enunciados que se presentan a continuación y marque la opción que crea correcta para usted.

Item	Enunciados	Respuesta	
Conocimientos sobre; el cáncer cervical.			
1	El cáncer cervical o de cuello uterino es el crecimiento de células malignas en la vagina.	Si	No
2	El cáncer cervical o de cuello uterino se produce por tener un familiar con cáncer de cuello uterino.	Si	No
3	El cáncer cervical o de cuello uterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.	Si	No
Conocimientos sobre; virus del papiloma humano			
4	El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.	Si	No
5	El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal.	Si	No
6	La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital no presentan signos o síntomas visibles.	Si	No
7	Existen vacunas que previenen la infección por el virus del papiloma humano.	Si	No
8	El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando el portador no tenga síntomas.	Si	No
9	La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto	Si	No
10	El Virus del Papiloma humano es una infección de transmisión sexual.	Si	No
11	Tener un tipo de virus del papiloma humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos.	Si	No
12	El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas en los genitales.	Si	No
13	El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable.	Si	No

Conocimientos sobre; la prueba de Papanicolaou			
14	El Papanicolaou detecta la infección por el virus del papiloma humano.	Si	No
15	La prueba de Papanicolaou consiste en tomar una muestra de la secreción vaginal.	Si	No
16	El Papanicolaou se debe realizar cada cinco años.	Si	No
17	El Papanicolaou se debe hacer a toda mujer que inicio su vida sexual.	Si	No
18	El Papanicolaou permite tener un diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.	Si	No
19	Si el Papanicolaou de una mujer es normal significa que no tiene el virus del papiloma humano.	Si	No
20	El preservativo evita siempre el contagio del virus del papiloma humano.	Si	No

ANEXO N°03
INSTRUMENTO DE VALORACION DE LAS RESPUESTAS DEL
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Item	Enunciados	Respuesta	
Conocimientos sobre; el cáncer cervical.			
1	El cáncer cervical o de cuello uterino es el crecimiento de células malignas en la vagina.		No
2	El cáncer cervical o de cuello uterino se produce por tener un familiar con cáncer de cuello uterino.		No
3	El cáncer cervical o de cuello uterino es una enfermedad que da síntomas rápidamente.		No
Conocimientos sobre; virus del papiloma humano			
4	El Virus del Papiloma humano puede producir cáncer de cuello uterino.	Si	
5	El Virus del Papiloma humano se transmite por el contacto piel a piel en el sexo vaginal o anal.	Si	
6	La mayoría de las personas con el virus del papiloma humano genital no presentan signos o síntomas visibles.	Si	
7	Existen vacunas que previenen la infección por el virus del papiloma humano.	Si	
8	El virus del papiloma humano puede ser transmitido aun cuando el portador no tenga síntomas.	Si	
9	La madre puede transmitir a su bebe el virus del papiloma humano durante el parto	Si	
10	El Virus del Papiloma humano es una infección de transmisión sexual.	Si	
11	Tener un tipo de virus del papiloma humano significa que usted no puede adquirir nuevos tipos.		No
12	El Virus del Papiloma humano puede producir verrugas en los genitales.	Si	
13	El Virus del Papiloma humano es una enfermedad curable.		No

Conocimientos sobre; la prueba de Papanicolaou			
14	El Papanicolaou detecta la infección por el virus del papiloma humano.		No
15	La prueba de Papanicolaou consiste en tomar una muestra de la secreción vaginal.		No
16	El Papanicolaou se debe realizar cada cinco años.		No
17	El Papanicolaou se debe hacer a toda mujer que inicio su vida sexual.	Si	
18	El Papanicolaou permite tener un diagnostico precoz del cáncer de cuello uterino.	Si	
19	Si el Papanicolaou de una mujer es normal significa que no tiene el virus del papiloma humano.		No
20	El preservativo evita siempre el contagio del virus del papiloma humano.		No

Fuente: Paredes, E (2010)

Nota: cada respuesta acertada vale 1 punto.

Conocimiento bajo : 0-6 puntos.

Conocimiento medio: 7-13 puntos.

Conocimiento alto : 14-20 puntos

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Katherine Natalia Mayón Aponte, de la Universidad al Peruanas, Filial Tumbes. La meta de este estudio es determinar el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer cervicouterino en las usuarias del Centro de Salud “Aguas Verdes” de Perú, y el Centro de Salud “De La Paz” del Ecuador.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Katherine Natalia Mayón Aponte. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio. Para esto, puedo contactar a Katherine Natalia Mayón Aponte al siguiente teléfono N° 981713521 para el Perú y al N° 0979986711 para el Ecuador.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

