

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIÓN DE RIESGO
HACIA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA DE TACNA EN EL AÑO
2013.”**

TESIS

Para optar el título profesional de:

Médico Cirujano

Presentado por:

Jhonattan Pierre Alferez Sucso

Tacna – 2013

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi familia por, haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por los ejemplos de perseverancia, constancia y dedicación en cada una de las cosas que hago y que siempre me inculcaron.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco a los doctores Víctor Arias y Marco Rivarola por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

A mis padres y hermanos que me acompañaron en esta aventura que significó el pregrado y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos

Gracias también a mis compañeros y amigos, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos años de vida universitaria pasando gratos momentos tanto dentro y fuera del salón de clase.

RESUMEN

Determinar el nivel de conocimientos, identificar las actitudes y determinar la percepción de riesgo sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva en el año 2013.

Se aplicaron 216 encuestas que consta de 20 preguntas para determinar el nivel de conocimiento, 20 items para identificar la actitud que asumen las encuestadas y 34 items para determinar la percepción de riesgo mediante la escala de Likert; en el distrito de Ciudad Nueva durante el mes de Enero y Febrero del 2013.

Se incluyó a 216 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. El 48.6% tiene un nivel bajo, el 35.2% un nivel intermedio y un 16.2% un buen nivel de conocimiento. El 48.6% de las mujeres en edad fértil asumen una actitud positiva el 28.2% tiene un actitud indiferente y el 23.1% tiene una actitud negativa. El 73.1% de las mujeres en edad fértil de la población en estudio tiene una percepción de mediano riesgo y el 13.4% tiene una percepción de bajo y alto riesgo respectivamente. Se determinó una relación significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento y el nivel de percepción de riesgo.

Se concluye que un nivel de conocimiento muy malo está relacionado con una percepción de alto riesgo. Es necesario establecer estrategias educativas para fortalecer los conocimientos y así mejorar la percepción de riesgo sobre el cáncer de cuello uterino; ampliar estudios para determinar la actitud sobre el cáncer de cuello uterino que asume la población estudiada para luego determinar sus influencias.

Las palabras clave son cáncer de cuello uterino, conocimiento, actitud, percepción de riesgo.

ABSTRACT

Determine the level of knowledge, attitudes identify and determine the risk perception of cervical cancer in women of childbearing age in the district of New Town in 2013.

216 surveys were applied consisting of 20 questions to determine the level of knowledge, 20 items to identify the attitude assumed by the respondents and 34 items to determine the perception of risk by Likert scale, in the New Town district during the month January and February 2013.

The study included 216 women of childbearing age of 15-49 years. The 48.6% is low, the intermediate level 35.2% and 16.2% a good level of knowledge. The 48.6% of women of childbearing age take a positive attitude has a 28.2% indifferent and 23.1% have a negative attitude. The 73.1% of women of childbearing age of the study population has a medium risk perception and 13.4% has a perception of low and high risk respectively. We determined a significant relationship ($p < 0.05$) between the level of knowledge and level of risk perception.

We conclude that a very bad level of knowledge is related to a perception of high risk. It is necessary to establish educational strategies to strengthen the knowledge and improve the perception of risk on cervical cancer, further studies to determine the attitude of the cervical cancer study population assuming then determine their influences.

The Keywords cervical cancer, knowledge, attitude, perception of risk.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	13
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.4.1. OBJETIVOS GENERALES	14
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	15
2. CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2. MARCO TEÓRICO	26
3. CAPÍTULO 3: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	49
3.1. HIPÓTESIS	49
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	50
4. CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA	51
4.1.1. Ámbito de estudio	51
4.1.2. Criterios de Inclusión	53
4.1.3. Criterios de Exclusión	53
4.2. TIPOS DE MUESTREO:	53
4.3. DISEÑO	53
4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	53
4.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
5. CAPÍTULO 5: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	55
6. CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
7. DISCUSIÓN Y COMENTARIO	75
8. CONCLUSIONES	80
9. RECOMENDACIONES	81
10. BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de cuello uterino ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbimortalidad, en el Perú, con una de las tasas de incidencia más altas del mundo. Quizás es una de las muestras de mayor inequidad porque daña a las madres de los estratos sociales económicamente vulnerables. La mayoría de las mujeres afectadas son jóvenes, con varios hijos a su cargo y están en la etapa más productiva de la vida. Muchas son cabeza de familia, proporcionan ingresos a sus hogares y trabajan para sus comunidades, por lo que su enfermedad repercute gravemente en la estructura y economía no sólo familiares, sino de la propia sociedad por lo tanto las muertes por esta enfermedad no sólo causan profundo sufrimiento personal sino también deterioro económico tanto familiar como de la comunidad. La pérdida de madres, abuelas y otros miembros fundamentales de la familia que cuidan a los niños causa un gran problema económico.

Se puede contribuir a la solución de éste problema planteando un programa eficiente de detección oportuna en la población de riesgo en base a los resultados que se obtenga de éste estudio. La prevención y promoción por ser menos costoso para el país permite ahorrar recursos al estado peruano y éste tipo de estudios fundamentará éstas intervenciones.

De esta problemática nos surge la necesidad de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y percepción de riesgo hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva, un distrito que en su población refleja la realidad de la ciudad de Tacna y poder de ésta manera contribuir en el conocimiento de ésta patología y sugerir acciones para su solución.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Según el Proyecto Globocan estimó que para el 2008 a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) y el sétimo más común a nivel general entre hombres y mujeres. El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos).¹

La tasa de mortalidad normalizada por edad del Cáncer Cervicouterino en países en vías de desarrollo es de 9,6 por 100.000 mujeres, dos veces la tasa de los países desarrollados. En la mayoría de los países, la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La incidencia aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo en las mujeres entre 50 y 70 años de edad. Los datos de los registros de cáncer en los países en desarrollo indican que aproximadamente 80% a 90% de los casos confirmados en esos países se producen en las mujeres de 35 años de edad o más.²

¹ Organization, Project GLOBOCAN[sede Web]*. Lyon: World Health. [actualizado 2010; acceso 14 de octubre del 2012]. Cervical Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en:<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>..

² OPS. PATH. Cáncer cervicouterino: magnitud del problema: Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino. 3a ed. Washington. 2002 Págs. 3-4..

Las tasas de cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe son cuatro veces y media más altas que en Estados Unidos y Canadá. Cerca de 33.000 mujeres al año mueren debido a esta enfermedad en América Latina y el Caribe, en comparación con 5.000 mujeres en Estados Unidos.

En el Perú habrían ocurrido 4,142 casos en el 2008, representando una tasa de incidencia estandarizada de 37.1 casos por 100,000 mujeres; del mismo modo se estima que fallecieron 1,646 pacientes por esta causa¹, Además en el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza.³

La casuística del INEN revela que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia.⁴ El indicador de Años de vida Saludable Perdidos (AVISA) reportado en el estudio de carga de enfermedad para el Perú sitúa al cáncer de cuello uterino como la enfermedad que causa la mayor cantidad de pérdidas por cáncer en mujeres con 44,924 AVISA sólo en un año.⁵ Todas estas cifras nacionales no hacen otra cosa que alertar sobre una problemática en salud no controlada adecuadamente.

³ Gutierrez C, Romani F, Ramos J, Alarcon E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev. peru. epidemiol. 2010;14(1): 39-49..

⁴ Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004-2005. Informe Ejecutivo. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología..

⁵ Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 222-31..

Por otro lado Tacna es una de las ciudades con más alto porcentaje de migración puneña (con un 42 %), lo que indica que las mujeres que migran de esta zona trae a su vez toda la problemática socio económica y cultural de aquella región.⁶ En Puno la mujer tiene alta participación en labores económicas con un 42.8 %; pero a su vez niveles de analfabetismo del 19%, violencia de género, explotación laboral ilegal, trata de mujeres, subempleo domiciliario entre otras que imposibilitan a la mujer ejercer sus derechos en salud plenamente y contribuyen con factores de riesgo de importancia en cáncer cervical.⁷

En la región Tacna las tumoraciones malignas en cuello uterino del año 2007 al 2011 van en ascenso de 28 casos hasta 37 el 2011, totalizando en los 5 años 143 casos detectados en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Siendo el grupo más afectado los de 40 a 59 años con 80 casos a lo largo de esos 5 años. Por lo tanto los establecimientos del Ministerio de Salud en especial los del primer nivel son los ideales para poder realizar la investigación de ésta problemática.⁸ El distrito de Ciudad Nueva, por las características de una población altamente migrante y densa hace potencialmente uno de los mejores lugares de investigación.

Por otro lado, la mayoría de las mujeres afectadas son jóvenes, con varios hijos a su cargo y están en la etapa más productiva de la vida. Muchas son cabeza de familia, proporcionan ingresos a sus hogares y trabajan para sus comunidades, por lo que su enfermedad repercute gravemente en la estructura y economía no sólo familiares, sino de la

⁶ Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de situación de salud. Tacna: Región de salud Tacna; 2010. .

⁷ Dirección de derechos y ciudadanía de mujeres. Una Aproximación a la situación de las mujeres en el Perú. Ministerio de la mujer y desarrollo social. 2010.

⁸ Dirección Regional de Salud Tacna. Departamento de Tacna: Tumor maligno cuello del útero según grupo de edad. Años 2007-2011. Oficina de Información Técnica Estadística. 2012. .

propia sociedad.⁹ Por lo tanto las muertes por esta enfermedad no sólo causan profundo sufrimiento personal, nos recuerdan las desigualdades de género en cuanto a la atención de la salud. La pérdida de madres, abuelas y otros miembros fundamentales de la familia que cuidan a los niños causa un gran problema económico.¹⁰

Además debemos indicar que el costo de tratamiento del cáncer es alto. Así para la atención de 1198 pacientes con cáncer invasivo del cuello uterino en un año puede llegar a costar 12,085.564.00 nuevos soles, por lo cual la prevención reflejada en la adquisición de conocimientos y actitudes saludables debería de ser priorizado.¹¹

En cuanto a la práctica de medidas de control también hay deficiencias debido a que la prueba del Papanicolaou (PAP) no es realizado por las mujeres de manera secuencial, debida probablemente a la falta de orientación y educación. Las mujeres refieren que su conocimiento sobre el cáncer de cuello de útero es insuficiente y que tienen grandes vacíos de información. Aun frente a la presencia de malestares o síntomas concretos percibidos como anormales las mujeres eluden o postergan recurrir al médico, y por ésta razón es común la automedicación como primer recurso. Además el rol de la mujer dentro del hogar se presenta como una de las principales barreras para la concreción del control de salud periódico. La priorización de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos son los argumentos que justifican la falta de tiempo para realizar el control

⁹ FONDO ESPAÑA -OPS. Proyecto de Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.2008.Disponible en:

http://new.paho.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=701&Itemid=497. .

¹⁰ Murray M. Avances en la prevención del cáncer de cuello uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección. Outlook [revista en Internet]. 2010. [acceso 1 de noviembre del 2012]; 27(2) Disponible en: http://www.rho.org/files/PATH_outlook_27_2_sp.pdf.

¹¹ Solidoro A, Olivares L, Castelano C, Barriga O, Galdos R, Caceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. 2004. DIAGNOSTICO 1:(2). .

médico y encubrir la vergüenza que en el fondo sienten de hacerse los exámenes.¹²

Es por ello la importancia que tiene las actividades preventivas promocionales referentes al cáncer de cuello uterino que se realizan según las estrategias del MINSA, siendo muchas veces la falta de conocimiento y la no efectividad en la concientización de las mujeres en edad fértil referente a esta enfermedad así como de la importancia de la realización periódica de los exámenes con valor diagnóstico causa de un diagnóstico tardío.

La percepción del riesgo de padecer una enfermedad como el cáncer es uno de los factores menos evaluados entre los profesionales sanitarios. Diferentes modelos de cambio de comportamiento consideran la percepción del riesgo como una de las variables básicas a evaluar. Weinstein¹, en su modelo de cambio de comportamiento, plantea que los individuos expuestos a un determinado factor de riesgo deben pasar por diferentes etapas antes de cambiar a un comportamiento preventivo. Entre estas etapas se encuentran las siguientes: el individuo debe ser consciente del riesgo, es decir, debe conocer que el factor puede suponer un peligro para la salud, debe creer que plantea una amenaza para el resto de la población; la siguiente etapa consiste en creer que también él es personalmente vulnerable a los efectos perjudiciales para su salud como consecuencia de la exposición al factor de riesgo, y, en una etapa posterior, debe decidir tomar precauciones frente a la exposición. Este modelo plantea claramente que el cambio de comportamiento dirigido a evitar la exposición a factores de riesgos ambientales o personales requiere del conocimiento de las causas de la enfermedad y de la existencia de la percepción de riesgo por parte del individuo. Otros modelos de

¹² Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. Buenos Aires:Oficina regional de la Organización panamericana de la Salud. 2011.

comportamiento en relación a la salud también incluyen la percepción del riesgo y de la susceptibilidad a la enfermedad entre las variables explicativas del comportamiento preventivo.¹³

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todo lo anteriormente planteado nos preguntamos:

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y percepción de riesgo hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil de distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Por todo lo expuesto el cáncer de cuello uterino ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbimortalidad, en el Perú, con una de las tasas de incidencia más altas del mundo. Por otro lado es un reflejo de las inequidades porque daña a las madres de los estratos sociales económicamente vulnerables. Se puede contribuir a la solución de éste problema planteando un programa eficiente de detección oportuna en la población de riesgo en base a los resultados que se obtenga de éste estudio. La prevención y promoción por ser menos costoso para el país permite ahorrar recursos al estado peruano y éste tipo de estudios fundamentará éstas intervenciones. Es indispensable un cambio de actitud y de objetivo por parte de todos los profesionales de la salud encabezados por el médico. De aquí se genera la necesidad de realizar actividades permanentes en la prevención y control de cáncer cérvico-uterino, tomando como punto de partida el

¹³ Martínez, ML; Borràs, JM; Méndez, E; Peris, M; Vidal, A Publicado en Enferm Clin. 000;10:95-105. - vol.10 núm 3. Percepción del riesgo del cáncer y sus causas. Resultados en una muestra de enfermeras y de estudiantes de enfermería Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/percepcion-riesgo-cancer-sus-causas-resultados-una-10874-originales-2000>

nivel de conocimientos y actitudes que tenga nuestra población objetivo. Finalmente este estudio es importante porque servirá como antecedente para futuras investigaciones.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y percepción de riesgo hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013
2. Identificar las actitudes que adoptan las mujeres en edad fértil hacia el cáncer de cuello uterino del distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013
3. Determinar la percepción del riesgo hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013.
4. Determinar la asociación entre la variable sociodemográfica y el nivel de conocimiento, nivel de actitud y el nivel de percepción de riesgo en las mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Mujer en edad fértil: Mujer comprendida entre los 15 a 49 años de edad.

Actitud: Predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo.

Conocimiento: Reacción del individuo a su medio interno y externos, que conlleva la modificación de éste medio en sentido favorable a la seguridad y desarrollo del individuo.

Cáncer cérvico uterino: Neoplasia maligna que surge en la zona de unión escamo-columnar del epitelio cervical uterino.

Percepción de riesgo: Alude a las nociones que tienen las mujeres sobre los riesgos o los peligros (considerados indistintamente) que pueden afectar la salud de las personas.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

URRUTIA (2012) en Chile describió las creencias que tienen un grupo de mujeres chilenas pertenecientes al sistema público de atención acerca del Papanicolaou y cáncer cérvicouterino. El estudio fue analítico de corte transversal realizado en 333 mujeres chilenas. El 96% de las mujeres refiere tener un Papanicolaou en los últimos 3 años. El antecedente familiar es reportado por el 49,8% como causa de cáncer cérvicouterino. La barrera principal para adherir al Papanicolaou es la falta de conocimiento en cuanto a la edad requerida. La principal señal de acción que impulsa a que la mujer adhiera al tamizaje es la indicación entregada por el doctor. El beneficio más importante es el cuidado de la salud. El 14,1% señala la presencia de relaciones sexuales como necesaria para adherirse al tamizaje. El 17,4% de las mujeres se percibe fuera de riesgo de desarrollar un cáncer cérvicouterino. Se concluyó finalmente que las creencias deben ser consideradas al momento de intervenir una población, empezando por valorarlas y comprenderlas para posteriormente poder modificarlas.¹⁴

¹⁴ Urrutia M. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(1): 3 - 10. .

PERROTE Y COL (2012) en Granada, evaluó los conocimientos y actitudes hacia el cáncer cervical y el virus del papiloma humano (VPH) en Granada - país con una alta incidencia de cáncer cervical. Los participantes fueron 71 estudiantes de la Universidad del Saint George. Los participantes en el estudio fueron 58 mujeres y 13 varones, en una proporción de 4.5:1. A los mismos se les pidió llenar una encuesta sobre conocimientos y actitudes sobre el VPH, el cáncer cervical y los factores de riesgo asociados. Los datos reflejaron un bajo conocimiento así como prácticas poco frecuentes de tamizajes, desde el punto de vista de la salud pública, en comparación con los países desarrollados. Los datos mostraron un déficit significativo de conocimientos, tanto por parte de los varones como de las mujeres. Casi el 95% de las mujeres encuestadas pudieron identificar el propósito de la prueba citológica correctamente, en comparación con el 69.2% de hombres encuestados. Cuando se les preguntó a los participantes cuál era la causa del cáncer cervical, el 63.8% de las mujeres y el 53.8% de los varones pudieron correctamente identificar el VPH. Se concluyó que se necesitan programas educativos perfeccionados a fin de reducir la carga de cáncer cervical que actualmente existe en Granada.¹⁵

NDLOVU(2011) en South África, evaluó los conocimientos, actitudes y experiencias de la mujer respecto a las pruebas de citología cervical y el cáncer cervical en las zonas rurales de KwaZulu-Natal y de ésta manera comprender mejor los factores que influyen en el acceso y la utilización de los servicios de detección del cáncer cervical por parte de las mujeres rurales. Fue un estudio descriptivo que utilizó un cuestionario para recoger la información. La muestra estuvo

¹⁵ Perrotte N, Gomez A, Mason G, Stroup D. An assessment of knowledge, attitudes and behaviour regarding the human papillomavirus. West Indian med. j. 2012.61(1): 58-63. .

conformada por 69 mujeres de 30 años a más, y se realizó de julio a agosto de 2009. De 69 mujeres, sólo 13 (18.8%) se realizaron alguna vez la detección del cáncer de cuello uterino. Más de la mitad de las mujeres que nunca habían examinados informó de la falta de información como una barrera para realizarse la prueba 50 (71,4%). Las mujeres mayores de 35 años de edad tenían menos probabilidades de ser examinadas mediante cribado en comparación con las mujeres de 30 a 34 años de edad (OR: 0,06). Tener una educación de fondo parecía aumentar la probabilidad de cribado, de dos veces si tenía educación primaria (OR 2,0) y casi tres veces (OR 2,67) si tenía secundaria o superior. Más de la mitad de los encuestados se consideran en riesgo de cáncer cervical 42 (60,8%) y casi todos mostraron su voluntad de realizarse pruebas de detección rápida de Cáncer de cuello uterino en el futuro 64 (93%). Por lo tanto concluyó que la mayoría de las mujeres en este estudio nunca habían sido examinados para detectar el cáncer cervical en el tiempo oportuno como se refleja 55 (82%) mientras que 14 (18%) nunca fueron examinados para cáncer cervical. Existe la necesidad de facilitar la educación integral de la salud y la implementación de programas de cribado cervical para dirigirse a las mujeres en las comunidades rurales para contribuir al éxito del programa de cribado cervical.¹⁶

TEXEIRA Y COL (2011) en Brasil en un estudio tipo encuesta realizado en el período de febrero a junio de 2008, en el cual se objetivó evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica del cáncer de cuello uterino entre usuarias de una unidad básica de salud (UBS) y verificar su asociación con variables sociodemográficas. La muestra estuvo constituida por 250 mujeres. El conocimiento, la actitud y la práctica

¹⁶ Ndlovu B. Awareness, knowledge and experiences of women regarding cervical cancer in rural Kwazulu-Natal, South Africa. [tesis of Master of Nursing Science]. South Africa:Faculty of Health Sciences at the Stellenbosch University; 2011. .

sobre el cáncer de cuello uterino fueron adecuadas en 40,4%, 28% y 67,6% de las entrevistadas, respectivamente. Los resultados encontrados evidenciaron proporciones más altas de conocimiento y actitud adecuados con la escolaridad (>9 años) y edad (>35 años). Concluyeron que era esencial buscar respuestas específicas sobre esta problemática a fin de dirigir acciones integradas de educación en salud.¹⁷

COGOLLO Y COL (2010) Identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la patología cérvico uterina de mujeres de 18 a 49 años que asisten a instituciones de salud pública de primer nivel de Cartagena. Fue un estudio descriptivo. La población estuvo conformada por 16.389 mujeres que asistieron a realizarse la prueba de citología cérvico uterina en instituciones públicas de dos localidades de la ciudad durante el año 2007. La muestra fue de 346 mujeres. Se realizó un muestreo estratificado, la selección de mujeres se realizó de forma aleatoria. Se aplicó un cuestionario estructurado, auto-desarrollado, anónimo, previo consentimiento informado a las mujeres que autorizaron su participación en el estudio. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos. Un total de 380 mujeres llenaron consistentemente la encuesta. El promedio de edad fue de 30.8 años (DE= 8.3). Se encontró que el 42% de las mujeres tienen un bajo nivel de conocimientos, 55% una actitud desfavorable y 56% una práctica incorrecta de la patología cérvico uterina. Por lo tanto concluyeron que un porcentaje importante de mujeres presentan bajos

¹⁷ Texeira M, Bezerra A, Pimentel A, de Queiroz L, Grangeiro R. Conocimiento, actitud y práctica relacionada al cáncer de cuello uterino entre usuarias de una unidad básica de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011; 19(1):1- 9. .

conocimientos y actitud desfavorable frente a la patología cérvico uterina.¹⁸

PALMA (2011), en San Juan de Miraflores- Lima, determinó las prácticas preventivas del Cáncer Cervicouterino entre las usuarias de un Centro de Salud; mediante un estudio de corte transversal. Se trabajó con 248 pacientes mujeres en edad fértil, de 20 a 49 años que acudan al consultorio de Ginecología y Obstetricia mediante un cuestionario estructurado llenado en una entrevista, durante los meses de enero, febrero y marzo del 2011. Solo el 26,9% ha retrasado el inicio de relaciones sexuales hasta los 20 años, el 43,7% limita el número de compañeros sexuales a uno, el 72,1% conoce las características sexuales de su pareja, el 73,9% ha evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, solo el 12,2% usa siempre preservativo en sus relaciones sexuales. El 91,9% ha evitado el consumo de tabaco, el 57,3% se alimenta balanceadamente, y solo el 32% tiene algún conocimiento sobre el Papiloma Virus Humano. El 84,9% se ha realizado el Papanicolaou. Por lo tanto se concluyó que la mayoría conoce las características sexuales de su pareja, y limita el número de partos vaginales; además han evitado el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual y el uso prolongado de píldoras como prevención primaria. En cuanto a la toma de Papanicolaou, la mayoría se la ha realizado como prevención secundaria.¹⁹

HUAMAN (2010) en Trujillo, con la finalidad de identificar los determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino, se entrevistó con 280

¹⁸ Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la patología cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 223-231. .

¹⁹ Palma JE. Prácticas de prevención del cancer Cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores; de Enero a Marzo. 2011. [tesis de grado].Tacna: Facultad de medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. .

mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo, para lo cual se seleccionó de manera aleatoria 25 mujeres de los distritos de Víctor Larco, Florencia de Mora, El Porvenir, La Esperanza, Moche, Salaverry, Simbal, Laredo, Huanchaco, Poroto y 30 mujeres del distrito de Trujillo quienes fueron entrevistadas durante los meses de julio a octubre del 2008. Cada una de las mujeres tuvieron que responder un instrumento destinado a averiguar si las mujeres se habían o no realizado el examen del Papanicolaou durante el transcurso de su vida, así como los posibles determinantes de este procedimiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Z para medias, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello uterino fue del 15.4%. El tipo de relaciones proveedor y usuario inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino.²⁰

GUTIERREZ Y COL.(2010), Determinaron la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil (MEF). Se utilizó la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. El porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el

²⁰ Huamán M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV - Scientia 2010; 2(2): 34-42. .

vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuente durante los cuatro años analizados. Las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, nuestra cobertura es baja. Existen factores asociados al cumplimiento del PAP que puede ser modificado con el objetivo de mejorar la cobertura del PAP, método de tamizaje de elección para el cáncer de cuello uterino.³

SEMINARIO-PINTADO Y COLABORADORES (2010) en Chiclayo Evaluaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al cáncer cervicouterino en mujeres de 20 a 45 años, utilizando un 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 cáncer cervicouterino 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.²¹

MONTES (2009) determinó el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino. El estudio fue aplicativo de tipo cuantitativo, el método descriptivo de corte transversal La población estuvo conformada por 109 estudiantes del Colegio “Túpac Amaru”. La técnica fue la entrevista con la aplicación de un cuestionario. En cuanto a los datos generales: La edad de los adolescentes 100% (109), 27% (29) tienen entre 17 y 18 años, 73% (80) entre 15 y 16 años. De los cuales el 59% (64) son de sexo

²¹ Seminario-Pintado M, Chero-Farro D, Colorado-Julca F, Gómez-Palacios S, Lamas-Ramírez Z, Parraguez-Mendoza C, et al. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al cancer cervicouterino en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA 4(2) 2011. .

femenino, y 41% (45) corresponde al sexo masculino. Respecto al Nivel de conocimiento sobre Factores de riesgo del Cáncer del cuello uterino en los estudiantes del 100% (109), 67% (73) tienen conocimiento medio, 17% (19) conocimiento bajo, 16% (17) conocimiento alto. Se concluyó que la mayoría de los estudiantes tienen conocimiento medio a bajo sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino cual nos indica que tienen acceso a la información por los avances de la ciencia y tecnología, pero no es suficiente siendo necesario el mejoramiento de la educación en ese aspecto. Y el factor de riesgo más desconocido por los estudiantes fue la infección con el virus papiloma humano.²²

HUAMANÍ Y COL. (2007) Determinaron el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil de Lima, Perú. El Estudio empleado fue transversal, se realizó un muestreo por conglomerados empleando un cuestionario Se determinó la asociación bajos conocimientos y actitud negativa o indiferente usando regresión logística múltiple Se incluyó a 502 mujeres, con una edad promedio de 27±8 años. El 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9% (IC95%: 21,0-28,7%), el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo (ORa: 3,1; IC95%: 1,0-4,1) y a una historia de PAP inadecuada (ORa: 2,8; IC95%: 1,6-4,9). La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7% (IC95%: 15,2-22,2%), la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC95%: 1,3-7,9), historia inadecuada

²² Montes Y. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino en los estudiantes del Colegio "Túpac Amaru" 2008. [Tesis de Especialista en Enfermería Oncológica.]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina. Unidad De Post Grado.Lima. Perú; 2009. .

de PAP (ORa: 2,0; IC95%: 1,1-3,6) y haber tenido más de dos parejas sexuales (ORa: 2,6; IC95%: 1,3-5,3). Se concluyó finalmente que un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de Lima.²³

MIRANDA (2007) Determinó el nivel de conocimiento y actitudes que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino acerca del tratamiento oncológico en el Departamento de Oncología y Radioterapia del Hospital Goyeneche de Arequipa. Se aplicó el diseño descriptivo y de corte transversal. La muestra empleada fue de 60 pacientes. Se les aplicó una cédula de entrevista. Concluyendo que, en relación a los conocimientos que tienen las pacientes investigadas sobre cáncer de cuello uterino, dos terceras partes refieren tener conocimiento en los niveles alto y medio; En cuanto a las actitudes, menos de la mitad de las pacientes investigadas demuestran favorable susceptibilidad personal hacia el desarrollo del cáncer de útero, más de la mitad a la gravedad del cáncer del cuello uterino, hecho que las induce a tomar medidas oportunas como: perseverancia, continuidad y estilo de vida saludable; Respecto al tratamiento quirúrgico, quimioterapia, y radioterapia, las pacientes investigadas demuestran actitudes desfavorables. Se recomienda que en base a las conclusiones se recomienda a las instituciones de salud en general programas ciclos educativos a la población, utilizando la radiodifusión, ya que es el medio de comunicación más accesible, difundir e incrementar campañas de prevención de cáncer, por medio de examen de papanicolau, y brindar conocimientos sobre cáncer de cuello uterino y su tratamiento.²⁴

²³ Huamaní C. Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007 Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(1): 44-50. .

²⁴ Miranda L. Conocimiento y actitudes de las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia el tratamiento oncológico: Departamento de Oncología y Radioterapia. Hospital Goyeneche

PONCE (2006) Evaluó la percepción de riesgo y prevención del cáncer génito mamario en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. El estudio apunta a conocer la percepción del riesgo y las prácticas preventivas del cáncer génito mamario que tienen las mujeres de 50 a 64 años que residen en la Ciudad de Buenos Aires. Varios estudios encontraron que, a pesar de que las mujeres mencionan la prevención y los chequeos médicos como aspectos importantes para la salud, la asistencia a los controles ginecológicos disminuye al finalizar el periodo reproductivo. El objetivo principal de la investigación es indagar sobre los aspectos que contribuyen o dificultan la adopción de medidas preventivas en las mujeres adultas. La percepción del riesgo se encuentra afectada por la presencia de sesgos culturales que lleva a las mujeres a no considerar determinadas problemáticas que pueden afectar su salud. Al analizar los riesgos percibidos por las mujeres y sus prácticas preventivas frente al cáncer se observa que sus comportamientos de cuidados están estrechamente vinculados a acontecimientos significativos de sus vidas como el inicio de la sexualidad, el embarazo y la entrada a la menopausia, los cuales se consideran prioritarios frente a otro tipo de cuidados. Si bien, y a diferencia de la época de su juventud, en la etapa adulta parecería existir una mayor consideración por parte de las mujeres hacia las patologías génito mamarias, ello no necesariamente implica una mayor frecuencia en la asistencia a los controles. En parte, ello se debe a la influencia que ejercen los determinantes de género y a los efectos que todavía producen los miedos a esta enfermedad.²⁵

Arequipa, 2007. [Tesis de Especialista en Enfermería Oncológica.]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad De Medicina Humana.Unidad De Post Grado.Lima. Perú; 2007. .

²⁵ Ponce M. Percepción de riesgo y prevención del cáncer génito mamario en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. Argentina 2006.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. CONOCIMIENTO DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO

2.2.1.1. Generalidades del conocimiento.

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. Saber es el conjunto de conocimientos que producen un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo. El conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que si fuera uno de estos solamente aquel no existe.²⁷

2.2.1.2. Concepto de Cáncer cérvico uterino:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha declarado que el cáncer cervicouterino es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino (extremo inferior de la matriz que comunica con la vagina). Estas células inicialmente normales, a la postre se convierten

en precancerosas. Con frecuencia, en etapas iniciales del cáncer cervicouterino no se presentan síntomas, por lo que a menudo éste no es detectado hasta que se halla en fases avanzadas de la enfermedad.²⁶

2.2.1.3. Epidemiología

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo con 86% de los casos y 88% de las muertes en países en vías de desarrollo y es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina. En América Latina a pesar de la disponibilidad de la prueba de Papanicolaou, alrededor de 32 000 mujeres mueren cada año por cáncer de cuello uterino. Si no se mejoran los programas de prevención, se ha estimado que el número de casos de cáncer de cuello uterino se incrementará en la región de 68000 en el año 2008 a 126000 en el año 2025, simplemente por el crecimiento y envejecimiento de la población.²⁷

2.2.1.4. Etiología y Factores de Riesgo

Como toda neoplasia es un proceso multifactorial por lo tanto son el resultado final de dos series de circunstancias interrelacionadas: la primera engloba la dotación o constitución genética del sujeto (factores endógenos) y la segunda hace referencia con los aspectos

²⁶ Llanes A, Torres I, Barrientos C, Lin D. El cáncer cérvico uterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2010; 3(1): 1-15. .

²⁷ Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, Lazcano-Ponce E, Herrero R. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. salud pública de méxico 2010. 52(6): 554-559. .

relacionados con el ambiente (factores exógenos).²⁹ Estos factores son múltiples y algunos de ellos aún desconocidos o no interpretados adecuadamente, se denominan carcinógenos o cancerígenos. Entonces los factores de riesgo del cáncer cervicouterino son tanto de condición biológica como de carácter psicosocial. Entre los principales factores de riesgo pueden considerarse: 1) el que las mujeres no se realicen la prueba de detección periódicamente 2) el inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana 3) el tener parejas sexuales múltiples 4) contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que debilita el sistema inmunológico de la mujer haciéndola más vulnerable a la infección por el Papilomavirus Humano (HPV) 5) presentar una historia familiar de cáncer cervicouterino 6) encontrarse en (el grupo de) edades de entre 30 y 60 años 7) pertenecer a un nivel socio-económico bajo 8) tener el hábito de fumar.³⁰

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del Papilomavirus Humano (HPV). Siendo ésta una Infección de Transmisión Sexual (ITS), en muchos casos asintomática, por lo que puede transcurrir mucho tiempo antes de que se detecte. A menudo las mujeres se infectan con el Virus del Papiloma Humano en edades entre los 20 y 30 años, pero sólo una minoría desarrolla el cáncer, proceso que puede tomar hasta 20 años.³⁰

2.2.1.5. Estadios.

Hay cuatro estadios de la enfermedad, según el sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en el cual se basa el tratamiento. Ha sufrido modificaciones en la 7° edición del TNM, reflejando la nueva clasificación adoptada por FIGO.

Una correcta estadificación y evaluación de los factores pronósticos es crucial, por lo que el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) ha sido integrado a los estadios aceptados por la FIGO. Estos métodos se basan en el examen físico de la pelvis y en estudios de diagnóstico por imágenes, ya que los ginecólogos tienen dificultades en la valoración del componente endomiocervical del tumor, la invasión parametrial, la evaluación de la pared lateral pélvica y de los ganglios linfáticos regional y extrapélvico.²⁸

La definición de TNM y la agrupación de los estadios han sido actualizados en la 7° edición, reflejando la nueva estadificación adoptada por la FIGO, la cual ya no considera el estadio 0 (Tis). Asimismo, en la actualidad todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial, son consideradas como T1b/IB. Todas estas nuevas modificaciones en la clasificación se incluyen en las tablas 1 al 4 del ANEXO 01.

²⁸ Alvarez C, Castro E, Virginillo J, Bruno G, González C, Vallejos J, Dieguez A. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Revista Argentina de Radiología. 2012 76(2): 169-171. .

2.2.1.6. Sintomatología

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan sino hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son: 1) Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después de sostener relaciones sexuales (coito vaginal), sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico. 2) Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia). 3) Dolor durante las relaciones sexuales (coito).

Estos signos y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino.²⁹

2.2.1.7. Métodos diagnósticos

2.2.1.7.1. PAP

La prueba de Papanicolaou es un procedimiento que se usa para la obtención de células del cuello uterino para realizar la citología cervical.

²⁹ Sociedad Americana de Cáncer. [sede Web]* Washington: Sociedad Americana de Cáncer; 2012 [acceso 22 de diciembre de 2012].ACS. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/>. [Online].

El médico primero coloca un espéculo, instrumento de metal o plástico que mantiene la vagina abierta, de manera que el cuello uterino pueda verse bien, dentro de la vagina. Seguidamente se obtiene, mediante raspado ligero, una muestra de células y mucosidad de la exocérvix (la superficie del cuello uterino cercana a la vagina) con una pequeña espátula. Luego se inserta un pequeño cepillo o una torunda de algodón en la abertura cervical para tomar una muestra del endocérvix (parte interior del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero). Entonces, las muestras de células se preparan para que se puedan examinar con un microscopio en el laboratorio.³³

Toda mujer debe someterse a la prueba PAP luego de haber iniciado su actividad sexual. . Si después de 3 años consecutivos los resultados son normales, la prueba se puede hacer con menos frecuencia, según lo indique el médico. Las mujeres con mayor riesgo de tener cáncer de cérvix y las que han sido tratadas por este tipo de cáncer anteriormente, deben ser examinadas con más frecuencia. También deben hacerse la prueba aquellas mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía por cáncer cervical, así como las que han entrado en la menopausia o ya la han pasado.²⁹

"Displasia". Cuando existe alteración celular. Esta alteración puede encontrarse en tres etapas:

Displasia leve: Cuando hay células anormales de aspecto neoplásico en el extendido citológico referido a la capa basal del epitelio. Por lo general se requiere que se repita la prueba cada seis meses.

Displasia moderada: Cuando hay una mayor concentración de células anormales en la superficie del cuello uterino. Luego de confirmar este diagnóstico por colposcopia y/o biopsia. El tratamiento indicado suele ser congelamiento de las células anormales o la terapia con rayo láser o la extirpación de la zona (LEEP). Deberá hacerse nuevas pruebas PAP después de estos tratamientos.

Displasia grave: Cuando ocurren serios cambios en las células de la superficie del cuello uterino. El tratamiento indicado suele ser la eliminación quirúrgica de la zona afectada o la conización u otros métodos diversos de tratamiento. Siempre debe realizarse confirmación biopsia con o sin colposcopia.

Tanto el carcinoma in situ como el cáncer invasor requerirán tratamiento, pero previamente deberá realizarse una biopsia (que consiste en extraer una muestra de tejido y analizarlo en el laboratorio) para determinar el tipo de células. La prueba PAP

permite el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. Es importante seguir los consejos del médico. Mientras más pronto se diagnostique y se trate, mayores son las posibilidades de curarse.²⁹

2.2.1.7.2. Test de Schiller

La prueba del lugol es una prueba utilizada de Screening en el diagnóstico de cáncer del cuello uterino. Esta prueba se coloca el especulo y se eliminan las secreciones que puedan cubrir el cuello uterino, luego se practica una embrocación del cérvix con una solución de lugol; en muy pocos segundos el epitelio normal toma una coloración caoba oscura por la presencia del glicógeno, mientras que el epitelio anormal o el cilíndrico endocervical, dada la carencia de este polisacárido, se destaca claramente por su color blanco o amarillo rosado. La prueba de Schiller es positiva cuando hay zonas que no se colorean con el yodo, es decir que son iodo negativos, mientras que cuando se colorea todo el ectocervix es iodo positivo.³⁰

2.2.1.7.3. Colposcopía

Es la evaluación del epitelio del cuello uterino, tracto genital inferior y área ano-genital, utilizando lentes de aumento e

iluminación tras la aplicación de soluciones específicas (ácido acético, lugol y otras) para detectar alteraciones indicadoras de procesos preneoplásicos o confirmar las anormalidades citológicas asociadas a cáncer cervical.

Indicaciones para efectuar colposcopia:

- a.- Citología anormal.
- b.- Alteraciones clínicas sospechosas en el cérvix.
- c.- Cambios inflamatorios persistentes.
- d.- Hemorragia o manchado post coital.
- e.- Pareja con antecedente de neoplasia del aparato reproductor o Condiloma acuminado.

Consideraciones especiales en relación a la colposcopia:

Se recomienda la evaluación **colposcópica fuera del periodo menstrual**, tratar medicamente los procesos inflamatorios o infecciones agudas antes de la evaluación colposcópica. **La colposcopia durante el embarazo** no está contraindicada pero se limitan los procedimientos diagnósticos evitando de esta manera la biopsia o legrado endocervical.

Evitar la actividad sexual y tratamientos locales 24 horas antes del procedimiento colposcópico.³⁰

³⁰ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Compendio de Guías de Bolsillo de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; 2011.

2.2.1.7.4. Biopsia y Conización

La única certificación de la naturaleza de una lesión cervical se obtiene mediante el examen histológico. Si se encuentran células anormales en el PAP, se extrae una muestra de tejido del cuello uterino y se observa a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Hay distintas formas de biopsia:

- **Biopsia Simple:** Consiste en la toma de uno o más fragmentos de la mucosa cervical mediante una pinza sacabocados o bien con un bisturí. En este caso se obtiene un fragmento cuneiforme con base en la superficie de la mucosa.

- **Biopsia Anular:**

Consiste en obtener un fragmento anular del cuello alrededor del orificio externo; sería intermedia entre la biopsia simple y la conización, pero no se utiliza entre nosotros, pues sus inconvenientes son mayores que sus ventajas.

Conización.

La conización consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino. Es una forma de biopsia ampliada por excelencia del cuello uterino. Consiste en

extraer un cono con base en el exocervix, centrada en el orificio externo, cuyo eje es el conducto endocervical y su vértice el extremo superior de este. De tal manera se extrae el orificio externo, con el exocervix que lo rodea y el endocervix, es decir, todo el sector de mucosa donde topográficamente se encuentran lesiones displásicas y carcinoma in situ, con el fin de efectuar el estudio histológico seriado del material obtenido para determinar la extensión de la lesión y detectar la posible infiltración del estroma. La conización está indicada en las siguientes circunstancias:

- a. Cuando por biopsia se ha hecho el diagnóstico de displasia intensa, carcinoma in situ o carcinoma con invasión inicial del estroma.
- b. Con citología sospechosa o positiva reiterada, con Colposcopia y biopsia del exocervix y endocervix negativa.²⁹

2.2.1.8. Tratamiento.

La cirugía se reserva para aquellos tumores menores o iguales al estadio IIA. Las mujeres con enfermedad en etapa temprana (en la cual no hay compromiso de los parametrios) pueden someterse a una histerectomía radical -denominada operación de Wertheim Meigs-, a una quimiorradioterapia concurrente o a ambas. Por el contrario, aquellas que se encuentran en el estadio IIB o

enfermedad avanzada con afectación parametrial sólo pueden ser tratadas con quimiorradioterapia concurrente. La invasión metastásica de los ganglios linfáticos es un factor de mal pronóstico independiente, así como también la presencia de metástasis a distancia.³²

2.2.1.9. Prevención

El tamizaje se debe focalizar en mujeres de 30 a 59 años. Si los recursos son insuficientes para tamizar a todo este grupo, se debe dar prioridad a mujeres entre 30 y 49 años y asegurar que la mayoría de las mujeres sobre los 50 años tengan al menos dos tamizajes en su vida adulta.³¹

Actualmente están disponibles comercialmente dos vacunas para la profilaxis de las infecciones por VPH:58 una vacuna bivalente, con dos proteínas antigénicas no infecciosas de VPH 16 y 18 (Cervarix), y una vacuna tetravalente, con cuatro proteínas antigénicas de VPH 16, 18, 6 y 11 (Gardasil); los dos últimos tipos proporcionan prevención de verrugas genitales y/o papilomatosis respiratoria recurrente.

De acuerdo con los hallazgos de ensayos clínicos desarrollados en más de 40 áreas geográficas a nivel mundial, ambas vacunas ofrecen un excelente perfil de eficacia y seguridad:

1. Eficacia cercana a 100% para la prevención de lesiones relacionadas a VPH 16-18 en mujeres no expuestas previamente a VPH,
2. Buena persistencia de anticuerpos durante siete años, y,

3. Aceptable perfil de seguridad.³¹

2.2.2. ACTITUD

2.2.2.1. Conceptos

García plantea distintos conceptos que presentamos en resumen: “Para Thurstone la actitud es "la intensidad de afecto en favor o en contra de un objeto psicológico"; El primero define la actitud como "un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado"; Murphy, y Col señalan que se trata de "una respuesta afectiva, relativamente estable, en relación con un objeto"; y, por último, Newcomb y Col. afirman que "desde el punto de vista cognoscitivo, la actitud representa una organización de cogniciones poseedoras de valencias. Desde el punto de vista de la motivación, la actitud representa un estado de atención a la presentación de un motivo".”³¹

2.2.2.2. Elementos:

La actitud tiene tres elementos y son:

- **Elemento cognitivo**

³¹ García L. El proceso de difusión de la identificación europea y de las actitudes hacia la unión a través de las redes sociales. [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Sociología II (Ecología humana y población), Universidad Complutense de Madrid; 2005. .

Son los conocimientos logrados desde los primeros años de vida. Lo conforman: ideas, conceptos y concepciones concretas del mundo y de todo lo que le rodea. Con juicio de valor (por o contra).

• **Elemento afectivo**

Son las emociones, sentimientos y vivencias que se expresan en términos de agrado o desagrado, simpatía o antipatía.

• **Elemento reactivo**

Es la tendencia a actuar en forma determinada frente a algo.

Estos tres elementos están interrelacionados entre sí y se ponen de manifiesto frente a determinados estímulos externos.²⁹

2.2.2.3. Características

Se concluye que las características definitorias de la actitud son a) la organización duradera de creencias y cogniciones en general; b) la carga afectiva a favor o en contra; c) la predisposición a la acción y d) la dirección a un objeto social. Se puede resumir todo lo dicho definiendo la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.³⁵

2.2.2.4. Tipos

Las actitudes pueden clasificarse de acuerdo:

- **Al objeto al que se dirige:** Las actitudes pueden estar orientadas: a Dios, a la Nación, al hombre, etc.
- **Al sector al que se dirige:** La orientación puede ser más específica como: la familia, lo sexual, la política, lo económico, lo cultural, etc.
- **A la situación a la que se refiere:** Las actitudes se pueden referir a: situaciones íntimas (personales), situaciones públicas (generales).
- **A la situación existencial o vivencial:** La persona con su entorno: sentirse bien, sentirse positivamente o al contrario, etc.
- **A la dirección:** Hay actitudes: favorables, positivas de aceptación y actitudes desfavorables, negativas o de rechazo.²⁹

2.2.2.5. Proceso de formación de la actitud

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de actitudes: la Teoría del Aprendizaje y la Teoría de la Consistencia Cognitiva.

a. Teoría del Aprendizaje

Se basa en que, al aprender, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas sociales de estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

b. Teoría de la Consistencia Cognitiva

Consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía. Así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Además en 1962 se creó la teoría de la Disonancia Cognitiva por Leo Festinger; y consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un *conflicto*, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Y ello nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.³²

2.2.2.6. Importancia

La actitud representa un enlace entre la conciencia individual (sujeto) y el mundo de interrelaciones (sociedad), determinando una actitud real o posible por parte del sujeto en el mundo social, permitiendo

³² Huertas JM. Actitudes humanas, actitudes sociales. Madrid: Universidad de Mayores de Experiencia Recíproca; 2008. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Documentos de trabajo:47.

conocer con criterios de probabilidad lo que va a ocurrir y prevenirse para el cambio.

Por lo dicho, las actitudes forman parte de la personalidad definiéndose ante situaciones concretas: está presente y es constante en toda interrelación personal, facilitando la adaptación con el medio y permiten una visión global de la realidad, creando identidad y auto realización. (29)

2.2.2.7. Medición de la actitud

Los instrumentos más empleados para medir la actitud son las escalas. Como ocurre con otros instrumentos de medida los elementos básicos que conforman la escala son los ítems que son situaciones típicas que se le presentan a la persona con el objeto de provocar en ellas una respuesta relacionada con el atributo evaluado.

Las escalas más representativas son las escalas propuestas por Thurstone, Likert y Guttman que son tan relevantes que a menudo se las diferencia denominándolas respectivamente, siguiendo el criterio de Edwards como escalas diferenciales, sumativas y acumulativas, en referencia a sus características más representativas.

- a) **Escalas Tipo Thurstone:** El modelo de Thurstone (método de comparación por pares) supone que la escala objetiva existe, haciendo una hipótesis según la cual ante un

estímulo en el sujeto opera un proceso típico de discriminación. Según este proceso, la sensación producida por un estímulo adquirirá una cierta magnitud percibida la cual variará y fluctuará. Pero, a través de estrategias estadísticas, la sensación observada por el investigador se hará estable y oscilará en torno a ese proceso típico de discriminación.

El método de comparación por pares consiste en presentar a una muestra representativa de la población una lista previa de enunciados que, se piensa, pueden ser pertinentes para medir el grado de favorabilidad/desfavorabilidad de los individuos hacia cierto objeto. Sin embargo, los sujetos de esta muestra no actúan como sujetos que responden con su opinión a los enunciados o items, sino que hacen de jueces para discriminar la favorabilidad de esos enunciados. Es decir, no expresan su opinión sobre la afirmación que se les presenta, lo que se les pide es que manifiesten cuál es el grado de favorabilidad que expresan los enunciados con respecto al objeto de que tratan.

El método de comparación por pares y el de intervalos aparentemente iguales no difieren significativamente. Su diferencia esencial

estriba en que en el método de comparación por pares los jueces tienen que comparar dos a dos todos los ítems que componen la escala indicando cuál de los dos es más favorable hacia el objeto de la actitud. Este método tiene la desventaja de que resulta enormemente costoso por la cantidad de comparaciones que deben realizar los jueces, sin embargo, cimienta los fundamentos teóricos de este tipo de escalas. Escalas tipo Likert: La escala de Likert es una de las más utilizadas en la medición de actitudes. La presentación de este método de calificaciones sumadas para la medición de actitudes. Likert influenciado por la teoría factorial de aptitudes de Spearman, confeccionó un método sencillo por la simplicidad de su confección y aplicación. Acusando al método de Thurstone de ser excesivamente laborioso, en este sentido su técnica ofrece ventajas de construcción. Entre estas ventajas se encuentra una más amplia posibilidad de respuestas, también evita el recurso de los jueces, sin que esto repercuta en la alta correlación que mantiene con otros métodos para medir actitudes.

- b) **Construcción de Escalas Tipo Likert:** En términos generales, una escala Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califican al objeto de

actitud. No obstante, en la actualidad algunos investigadores han optado por emplear preguntas en lugar de afirmaciones. Los principios para la construcción de los ítems conservan las estrategias heredadas del método de Thurstone. Al tiempo que se diferencia de éste fundamentalmente en que no depende de la consulta a los jueces. Estas se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Las puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones, cuyas puntuaciones se correlacionan significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se seleccionan para integrar el instrumento de medición.

Al construir una escala Likert, debemos asegurarnos de que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que estos tendrán la capacidad de discriminación requerida. Asimismo, deba calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

- c) **El Escalograma de Guttman:** El escalograma de Guttman se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la

actitud. La escala está constituida por afirmaciones, las cuales poseen las mismas características que en los casos de Thurstone y Likert. Pero el escalograma garantiza que la escala mida una dimensión única. Es decir, cada afirmación mide la misma dimensión de la misma variable. A esta propiedad se le conoce como unidimensionalidad. Manteniendo la tradición heredada de la técnica fundamental de Thurstone, para construir el escalograma es necesario desarrollar un conjunto de afirmaciones pertinentes al objeto actitudinal. Las cuales deben variar en intensidad. Dichas afirmaciones son sometidas a un proceso de pilotaje y una vez administradas, se procede a su análisis. La forma de variación de las opciones de respuesta puede comprender entre dos o más categorías.³³

2.2.3. PERCEPCIÓN

2.2.3.1. Conceptos

El término percepción fue adoptado principalmente por las disciplinas relacionadas con la conducta humana, y es utilizado para describir el proceso que ocurre cuando un evento físico es captado por los sentidos del ser humano y es procesado por el cerebro, donde se integra con anteriores

³³ Sulbarán D. Medición de actitudes. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2009.. .

experiencias, para darle un significado. Sin embargo, no se puede considerar a la percepción como un antecedente que se encuentra en la construcción mental de toda visión del mundo, sino como un producto sociocultural complejo y, por lo tanto, antes de ser un hecho aislado, en términos de sensaciones es en su totalidad una variedad de las características de la personalidad y de la conformación histórica de ésta última en relación a un determinado contexto ambiental, económico, político, social o cultural donde se plasma toda la vida humana.³⁴

2.2.3.2. Componentes de la percepción

- **Las sensaciones:** son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de la capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Se han definido unos umbrales de recepción mínimos y máximos que delimitan el campo de la percepción del individuo.
- **Inputs internos:** son los que caracterizan a cada persona y que cargan de distintos significados a

³⁴ Vera A, Varela L, Macía F, 2010. El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. Cienc Trab. Ene-Mar; 12 (35): 243-250.

los estímulos algunos de ellos son la necesidad motivación y experiencia.³⁵

2.2.3.3. Procesos de la percepción

- **Selección:** el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales es decir que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan. Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes captando solo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses.
- **Organización:** los estímulos seleccionados se organizan y se clasifican en la mente de individuo configurando un mensaje. La escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc.
- **Interpretación:** esta fase proporciona significación a los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno.⁴¹

³⁵ Gómez R. y col.(2010) "Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo"

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPÓTESIS

La población femenina en edad fértil del distrito Ciudad Nueva tienen un nivel de conocimientos bajo, su actitud es negativa y perciben un bajo riesgo respecto al cáncer de cuello uterino.

3.2. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Indicadores	Categorías/Índices	Escala de medición
Variable socio económica	Edad	15 -18 años 18-29 años 30-39 años 40 - 49 años	Intervalar
	Estado civil	Soltero Casado Viudo Conviviente Separado	Nominal
	Grado de instrucción	Inicial Primaria Secundaria Superior Sin instrucción	Ordinal
	Número de hijos	Ninguno 1-2 hijos De 3 a más hijos	Intervalar
Conocimientos que tienen las pacientes del cáncer de cuello de útero.	Conocimientos sobre: 1.Definición 2.Diagnóstico 3.Factores de Riesgo del cáncer de cuello uterino:	Muy malo Regular Bueno Muy bueno	Intervalar
Actitudes que tienen las pacientes hacia el cáncer de cuello uterino.	Actitudes hacia la: 1. La enfermedad del cáncer del cuello uterino 2. El diagnóstico 3. Tratamiento 4. Prevención y control 5. Consecuencias	Actitud negativa Actitud indiferente Actitud positiva	Intervalar
Percepción de riesgo que tienen las pacientes hacia el cáncer de cuello uterino	Percepción de riesgo hacia: 1. La enfermedad del cáncer del cuello uterino 2. Los factores de riesgo	Alto riesgo Mediano riesgo Bajo riesgo	Intervalar

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.1.1. Ámbito de estudio:

El distrito peruano de Ciudad Nueva es uno de los 10 distritos de la Provincia de Tacna, ubicada en el Departamento de Tacna. Tiene una extensión de 410.66 Ha. Cuenta con una población total de 34,231 habitantes mayoritariamente urbana.

Se realizaron 216 encuestas en total. De todas las personas a las que se les solicitó su colaboración para la realización de la encuesta 12 (doce) madres se excusaron de participar, todas ellas domiciliadas en el distrito de Ciudad Nueva; para lo cual se escogieron en forma al azar 15 (quince) comités, en donde se le realizó la encuesta a 15 (quince) participantes que cumplan los criterios de inclusión por cada comité; el orden de la realización de las encuestas se llevó en sentido horario.



a. Población

Comprende a la población femenina en edad fértil del Distrito de Ciudad Nueva y son un total de 4780 mujeres.

b. Muestra

El tamaño muestral fue calculado probabilísticamente utilizando un intervalo de confianza del 95% y un máximo de error aceptable del 5%. Se utilizó el muestreo aleatorio simple mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 / (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

$$n = 216$$

N: 4780

Z: 1.96

p: peor prevalencia esperada

d: nivel de error muestral = 0.05

4.1.2. Criterios de Inclusión:

Toda mujer comprendida en el rango de edad de 15 a 49 años que domicilie en el distrito de Ciudad Nueva y que brinde su consentimiento de apoyo al estudio

4.1.3. Criterios de Exclusión:

Toda mujer menor de 15 años o mayor de 49 años que no domicilie en el distrito de Ciudad Nueva, ni presente diagnóstico definitivo anatomopatológico de positivo de Cáncer de cuello uterino.

4.2. TIPOS DE MUESTREO: Muestreo de tipo no Probabilístico.

4.3. DISEÑO

Diseño de estudio prospectivo de tipo corte trasversal

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica de recolección de datos más adecuada es la entrevista. El instrumento por lo tanto será el cuestionario.

Se solicitó datos generales, para luego proceder a aplicar la encuesta

- En la primera parte se indagó a cerca de conocimientos generales de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo.
- En la segunda parte se investigó sobre las actitudes frente al cáncer.
- En la tercera parte se investigó sobre las percepciones de riesgo frente al cáncer.

El cuestionario se detalla en el ANEXO 02. Han sido adecuados de los trabajos de los investigadores peruanos Montes y Miranda^{27; 29} para las dos primeras partes de la encuesta y para la tercera parte fueron recopilados y/o adaptados de los investigadores Ponce¹³, Urrutia¹⁴, Mendoza³⁶.

4.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente estudio se consideró el respectivo consentimiento informado de los mujeres participantes del estudio. (ANEXO 03) Se respetará los principios de autonomía y confiabilidad de los participantes, utilizándose los datos sólo con fines de investigación.

³⁶ Mendoza O. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicoterino en las usuarias de Centro de Salud Fortaleza, Vitarte-Lima(2006)

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboraron tablas de contingencia con valores absolutos y relativos. La tamización de las variables se realizó explorando cada registro informático de la encuesta.

Se utilizaron los siguientes programas para la realización de dicho estudio:

-Programa de Word; como procesador de texto.

-Programa Excel; para captura de base de datos y diseño de tabla y gráficas.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15. Para el procesamiento de la información se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en cuadros tabulares. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

Se utilizó puntaje de 1 a 5 para la medición en la escala de Likert.

Se utilizaron dos técnicas para la recolección de datos:

- a. Un instrumento de medición de conocimientos.

Se utilizaron 20 preguntas para medir conocimiento, evaluándose cada una con el valor de 1 para la alternativa correcta.

b. Medición de actitud y percepción de riesgo mediante la escala de Likert

El cuestionario de actitud consta de 20 preguntas tipo Likert donde:

- Totalmente en desacuerdo equivale a 1 punto
- Desacuerdo equivale a 2 puntos
- Indiferente equivale a 3 puntos
- De acuerdo equivale a 4 puntos
- Totalmente de acuerdo equivale a 5 puntos

El cuestionario de percepción de riesgo consta de 34 preguntas tipo Likert donde:

- Totalmente en desacuerdo equivale a 1 punto
- Desacuerdo equivale a 2 puntos
- Indiferente equivale a 3 puntos
- De acuerdo equivale a 4 puntos
- Totalmente de acuerdo equivale a 5 puntos

Para el procesamiento de los datos del nivel de conocimientos se suma el total de puntos para las 20 preguntas de conocimientos haciendo la clasificación según la escala de calificaciones de Jorge Julio Chávez Pacheco queda distribuida de la siguiente manera:

- Muy malo : 0 - 10 puntos
- Regular : 11 - 13 puntos
- Bueno : 14 - 17 puntos
- Muy bueno : 18 - 20 puntos

Para el procesamiento de los datos del nivel de actitud se realiza la siguiente clasificación:

- Actitud negativa : 0 – 60 (menor al percentil 25)
- Actitud indiferente : 61 – 65 (entre el percentil 25 al percentil 50)
- Actitud positiva : más de 65 puntos (por encima del percentil 50)

Para el procesamiento de los datos del nivel de percepción utilizando al escala de Tanino se hicieron los siguientes grupos:

- Alto riesgo: 0 – 101.92
- Mediano riesgo: 101.93 – 120.36
- Bajo riesgo: 120.37 – al infinito

CAPÍTULO 6

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos de la encuesta sobre conocimientos, actitudes y percepción de riesgo hacia el cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva de Tacna en el año 2013.

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO ETÁREO, ESTADO CIVIL, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y NÚMERO DE HIJOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		N	%
GRUPO ETÁREO	18 – 29	95	44,0%
	30 – 39	76	35,2%
	40 – 49	45	20,8%
	Total	216	100,0%
ESTADO CIVIL	Soltera	48	22,2%
	Separada	11	5,1%
	Conviviente	98	45,4%
	Casada	59	27,3%
	Total	216	100,0%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	28	13,0%
	Secundaria	159	73,6%
	Superior	29	13,4%
	Total	216	100,0%
N° HIJOS	Ninguno	46	21,3%
	1 – 2	109	50,5%
	de 3 a más hijos	61	28,2%
	Total	216	100,0%

En la tabla N°1 podemos observar la distribución según grupo etáreo, estado civil, grado de instrucción y número de hijos de las mujeres entrevistadas. Según el grupo etáreo, el 44% correspondía a mujeres entre 18 a 29 años, seguido de 35.2% para mujeres entre 30 a 39 años y un 20.8% corresponden a mujeres de 40 a 49 años. En relación al estado civil, el 45.4% corresponde a la población conviviente, el 27.3% son casadas, el 22,2% son solteras y el 5.1% son separadas. Según el grado de instrucción, el 73,6% de la población encuestada contaba con educación secundaria, el 13,4% con educación superior, el 13% con educación primaria. Con respecto al número de hijos, el 50.5% corresponde a mujeres que tienen entre 1 y 2 hijos, el 28.2% corresponden a mujeres con más de 3 hijos y el 21.3% corresponden a mujeres que no tenían hijos.

TABLA N°2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN EL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		N	%
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Muy Malo	105	48,6%
	Regular	76	35,2%
	Bueno	35	16,2%
	Total	216	100,0%

En la tabla N°2 muestra el nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil, donde el 48.6% de las mujeres en edad fértil tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 35.2% de las mujeres en edad fértil tienen un nivel de conocimiento regular y el 16.2% presenta un nivel de conocimiento bueno.

TABLA N°3

NIVEL DE ACTITUD SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN EL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		N	%
NIVEL DE ACTITUD	Actitud Negativa	50	23,1%
	Actitud Indiferente	61	28,2%
	Actitud Positiva	105	48,6%
	Total	216	100,0%

En la tabla N°3 muestra el nivel de actitud sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil, siendo el 48.6% las mujeres que presentan una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino el 28.2 % de las mujeres presenta una actitud indiferente y el 23.1 % de las mujeres presentan una actitud negativa sobre el cáncer de cuello uterino.

TABLA N°4

NIVEL DE PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN EL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		N	%
NIVELES DE PERCEPCIÓN RIESGO	Alto riesgo	29	13,4%
	Mediano Riesgo	158	73,1%
	Bajo Riesgo	29	13,4%
	Total	216	100,0%

En la tabla N°4 se observa el nivel de percepción de riesgo sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil, donde el 73.1% de las mujeres en edad fértil presenta una percepción de mediano riesgo, el 13.4% presentan una percepción de bajo riesgo y el 13.4% de las mujeres en edad fértil presentan una percepción de alto riesgo.

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN GRUPO ETÁREO, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HIJOS Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS								Valor p
		Muy Malo		Regular		Bueno		Total		
		N	%	n	%	N	%	n	%	
GRUPO ETÁREO	18 – 29	33	34,7%	40	42,1%	22	23,2%	95	100,0%	0.000
	30 – 39	39	51,3%	25	32,9%	12	15,8%	76	100,0%	
	40 – 49	33	73,3%	11	24,4%	1	2,2%	45	100,0%	
	Total	105	48,6%	76	35,2%	35	16,2%	216	100,0%	
ESTADO CIVIL	Soltera	6	12,5%	27	56,3%	15	31,3%	48	100,0%	0.000
	Separada	7	63,6%	3	27,3%	1	9,1%	11	100,0%	
	Conviviente	64	65,3%	22	22,4%	12	12,2%	98	100,0%	
	Casada	28	47,5%	24	40,7%	7	11,9%	59	100,0%	
	Total	105	48,6%	76	35,2%	35	16,2%	216	100,0%	
N° HIJOS	Ninguno	7	15,2%	22	47,8%	17	37,0%	46	100,0%	0.000
	1 – 2	59	54,1%	39	35,8%	11	10,1%	109	100,0%	
	de 3 a más hijos	39	63,9%	15	24,6%	7	11,5%	61	100,0%	
	Total	105	48,6%	76	35,2%	35	16,2%	216	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	25	89,3%	3	10,7%	0	0,0%	28	100,0%	0.000
	Secundaria	75	47,2%	59	37,1%	25	15,7%	159	100,0%	
	Superior	5	17,2%	14	48,3%	10	34,5%	29	100,0%	
	Total	105	48,6%	76	35,2%	35	16,2%	216	100,0%	

En la tabla N°5 se muestra la distribución de frecuencia del nivel de conocimiento según grupo etáreo, estado civil, número de hijos y grado de instrucción de las mujeres en edad fértil. De acuerdo al grupo etáreo, de las mujeres que tienen entre 18 a 29 años el 34.7% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 42.1% tienen un nivel de conocimiento regular y el 23.2% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres que tienen entre 30 a 39 años el 51.3% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 32.9% tienen un nivel de conocimiento regular y el 15.8% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres que tienen entre 40 - 49 años el 73.3% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 24.4% tienen un nivel de conocimiento regular y el 2.2% tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el cáncer de cuello uterino.

De acuerdo al estado civil, de las mujeres solteras un 12.5% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 56.3% tienen un nivel de conocimiento regular y el 31.3% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres separadas el 63.6% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 27.3% tienen un nivel de conocimiento regular y el 9.1% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres convivientes el 65.3% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 22.4% tienen un nivel de conocimiento regular y el 12.2% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres casadas el 47.5% tienen un nivel de conocimiento muy malo; el 40.7% tienen un nivel de conocimiento regular y el 11.9% tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el cáncer de cuello uterino.

De acuerdo al número de hijos, de las mujeres que no tienen hijos el 15.2% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 47.8% tienen un nivel de conocimiento regular y el 37% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres que tienen entre 1 a 2 hijos el 54.1% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 35.8% tienen un nivel de conocimiento regular y el 10.1% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres que tienen más de 3 hijos el 63.9% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 24.6% tienen un nivel de conocimiento regular y el 11.5% tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el cáncer de cuello uterino.

De acuerdo al grado de instrucción, de las mujeres que tienen educación primaria el 89.3% tienen un nivel de conocimiento muy malo y el 10.7% tienen un nivel de conocimiento regular; de las mujeres que tienen educación secundaria el 47.2% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 37.1% tienen un nivel de conocimiento regular y el 15.7% tienen un nivel de conocimiento bueno; de las mujeres que tienen educación superior el 17.2% tienen un nivel de conocimiento muy malo, el 48.3% tienen un nivel de conocimiento regular y el 34.5% tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el cáncer de cuello uterino.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el grupo étnico, estado civil, número de hijos y grado de instrucción encontrándose significancia estadística con un valor P de 0.000.

TABLA N°6

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE EL NIVEL DE ACTITUD SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN GRUPO ETÁREO, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HIJOS Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		NIVEL DE ACTITUD						Valor p
		Actitud negativa		Actitud Positiva		Total		
		N	%	n	%	N	%	
GRUPO ETÁREO	18 – 29	49	51,6%	46	48,4%	95	100,0%	0,029
	30 – 39	46	60,5%	30	39,5%	76	100,0%	
	40 - 49	16	35,6%	29	64,4%	45	100,0%	
	Total	111	51,4%	105	48,6%	216	100,0%	
ESTADO CIVIL	Soltera	26	54,2%	22	45,8%	48	100,0%	0,161
	Separada	8	72,7%	3	27,3%	11	100,0%	
	Conviviente	53	54,1%	45	45,9%	98	100,0%	
	Casada	24	40,7%	35	59,3%	59	100,0%	
	Total	111	51,4%	105	48,6%	216	100,0%	
Nº HIJOS	Ninguno	27	58,7%	19	41,3%	46	100,0%	0,160
	1 – 2	49	45,0%	60	55,0%	109	100,0%	
	de 3 a más hijos	35	57,4%	26	42,6%	61	100,0%	
	Total	111	51,4%	105	48,6%	216	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	13	46,4%	15	53,6%	28	100,0%	0,249
	Secundaria	79	49,7%	80	50,3%	159	100,0%	
	Superior	19	65,5%	10	34,5%	29	100,0%	
	Total	111	51,4%	105	48,6%	216	100,0%	

En la tabla N°6 se muestra la distribución de frecuencia del nivel de actitud según grupo etáreo, estado civil, número de hijos y grado de instrucción de las mujeres en edad fértil. Según grupo etáreo, de las mujeres que tienen entre 18 a 29 años el 51.6% tienen una actitud negativa y el 48.4% tienen una actitud positiva; de las mujeres que tienen entre 30 a 39 años el 60.5% tienen una actitud negativa

y el 39.5% tienen una actitud positiva; de las mujeres que tienen entre 40 - 49 años el 35.6% tienen una actitud negativa y el 64.4% tienen una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino.

Según el estado civil, de las mujeres solteras el 54.2% tienen una actitud negativa y el 45.8% tienen una actitud positiva; de las mujeres separadas el 72.7% tienen una actitud negativa y el 27.3% tienen una actitud positiva; de las mujeres convivientes el 54.1% tienen una actitud negativa y el 45.9% tienen una actitud positiva; de las mujeres casadas el 40.7% tienen una actitud negativa y el 59.3% tienen una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino.

Según el número de hijos, de las mujeres que no tienen hijos el 58.7% tienen una actitud negativa y el 41.3% tienen una actitud positiva; de las mujeres que tienen de 1 a 2 hijos el 45% tienen una actitud negativa y el 55% tienen una actitud positiva; de las mujeres que tiene más de 3 hijos el 57.4% tienen una actitud negativa y el 42.6% tienen una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino.

Según el grado de instrucción, de las mujeres que tiene educación primaria el 46.4% tienen una actitud negativa y el 53.6% tienen una actitud positiva; de las mujeres que tiene una educación secundaria el 49.7% tienen una actitud negativa y el 50.3% tienen una actitud positiva; de las mujeres que tienen una educación superior el 65.5% tienen una actitud negativa y el 34.5% tienen una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre el nivel de actitud y el grupo étnico, estado civil, número de hijos y grado de instrucción encontrándose significancia estadística con el grupo étnico con un valor p de 0.029 y no habiendo significancia estadística con estado civil (p: 0.161), número de hijos (p: 0.160) y con el grado de instrucción (p: 0.249).

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE EL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN GRUPO ETÁREO, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HIJOS Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		NIVELES DE PERCEPCIÓN DE RIESGO								Valor P
		Alto riesgo		Mediano Riesgo		Bajo Riesgo		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
GRUPO ETÁREO	18 - 29	16	16,8%	61	64,2%	18	18,9%	95	100,0%	0,038
	30 - 39	6	7,9%	65	85,5%	5	6,6%	76	100,0%	
	40 - 49	7	15,6%	32	71,1%	6	13,3%	45	100,0%	
	Total	29	13,4%	158	73,1%	29	13,4%	216	100,0%	
ESTADO CIVIL	Soltera	4	8,3%	27	56,3%	17	35,4%	48	100,0%	0.000
	Separada	3	27,3%	7	63,6%	1	9,1%	11	100,0%	
	Conviviente	11	11,2%	81	82,7%	6	6,1%	98	100,0%	
	Casada	11	18,6%	43	72,9%	5	8,5%	59	100,0%	
	Total	29	13,4%	158	73,1%	29	13,4%	216	100,0%	
N° HIJOS	Ninguno	5	10,9%	25	54,3%	16	34,8%	46	100,0%	0.000
	1 - 2	19	17,4%	82	75,2%	8	7,3%	109	100,0%	
	de 3 a más hijos	5	8,2%	51	83,6%	5	8,2%	61	100,0%	
	Total	29	13,4%	158	73,1%	29	13,4%	216	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	4	14,3%	22	78,6%	2	7,1%	28	100,0%	0,009
	Secundaria	21	13,2%	121	76,1%	17	10,7%	159	100,0%	
	Superior	4	13,8%	15	51,7%	10	34,5%	29	100,0%	
	Total	29	13,4%	158	73,1%	29	13,4%	216	100,0%	

En la tabla N°7 se muestra la distribución de frecuencia del nivel de percepción de riesgo según grupo etáreo, estado civil, número de hijos y grado de instrucción de las mujeres en edad fértil. Según grupo etáreo, de las mujeres que tienen entre 18 a 29 años el 16.8% tienen una percepción de riesgo alto, el 64.2% tienen una

percepción de mediano riesgo y el 18.9% tienen una percepción de bajo riesgo; de las mujeres que tienen entre 30 a 39 años el 7.9% tienen una percepción de alto riesgo, el 85.5% tienen una percepción de mediano riesgo y el 6.6% tienen una percepción de bajo riesgo; de las mujeres que tienen entre 40 - 49 años el 15.6% tienen una percepción de alto riesgo, el 71.1% tienen una percepción de mediano riesgo y el 13.3% tienen una percepción de bajo riesgo sobre el cáncer de cuello uterino.

Según el estado civil, de las mujeres solteras el 8.3% tienen una percepción de riesgo alto, el 56.3% tienen una percepción de mediano riesgo y el 35.4% tienen una percepción de bajo riesgo de las mujeres separadas el 27.3% tienen una percepción de alto riesgo el 63.6% tienen una percepción de mediano riesgo y el 9.1% tiene una percepción de bajo riesgo; de las mujeres convivientes el 11.2% tienen una percepción de alto riesgo, el 82.7% tienen una percepción de mediano riesgo y el 6.1% tienen una percepción de bajo riesgo; de las mujeres casadas el 18.6% tienen una percepción de alto riesgo, el 72.9% tienen una percepción de mediano riesgo y el 8.5% de las mujeres tienen una percepción de bajo riesgo sobre el cáncer de cuello uterino.

Según el número de hijos, de las mujeres que no tienen hijos el 10.9% tienen una percepción de alto riesgo, el 54.3% tienen una percepción de mediano riesgo y el 34.8% tienen una percepción de bajo riesgo; de las mujeres que tiene entre 1 a 2 hijos el 17.4% tienen una percepción de alto riesgo, el 75.2% tienen una percepción de mediano riesgo y el 7.3% tiene una percepción de bajo riesgo, de las mujeres que tiene de 3 a más hijos el 8.2% tienen una percepción de alto riesgo, el 83.6% tienen una percepción de mediano riesgo y el 8.2% tienen una percepción de bajo riesgo sobre el cáncer de cuello uterino.

Según el grado de instrucción, de las mujeres que tiene educación primaria el 14.3% tienen una percepción de alto riesgo, el 78.6% tienen una percepción de mediano riesgo y el 7.1% tiene una percepción de bajo riesgo de las mujeres con educación secundaria el 13.2% tienen una percepción de alto riesgo, el 76.1%

tienen una percepción de mediano riesgo y el 10.7% tienen una percepción de bajo riesgo; de las mujeres con educación superior el 13.8% tienen una percepción de alto riesgo, el 51.7% tienen una percepción de mediano riesgo y el 34.5% tienen una percepción de bajo riesgo sobre el cáncer de cuello uterino.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre el nivel de percepción de riesgo y el grupo étnico, estado civil, número de hijos y grado de instrucción encontrándose significancia estadística con el grupo étnico (p: 0.038); estado civil (p: 0.000), número de hijos (p: 0.000) y con el grado de instrucción (p: 0.009).

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL NIVEL DE ACTITUD SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN EL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		NIVEL DE ACTITUD						Valor P
		Actitud negativa		Actitud Positiva		Total		
		N	%	n	%	N	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Muy Malo	52	49,5%	53	50,5%	105	100,0%	0.173
	Regular	36	47,4%	40	52,6%	76	100,0%	
	Bueno	23	65,7%	12	34,3%	35	100,0%	
	Total	111	51,4%	105	48,6%	216	100,0%	

En la tabla N°8 hace relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de actitud de las mujeres en edad fértil, en donde presentan una actitud negativa el 65.7% de las mujeres que tienen un buen nivel de conocimiento, el 49.5% de las mujeres que tienen un muy malo nivel de conocimiento y el 47.4% de las mujeres que tienen un regular nivel de conocimientos y presentan una actitud positiva el 52.6% de las mujeres que tienen un regular nivel de conocimientos el 50.5% de las mujeres que tiene un muy malo nivel de conocimientos y el 34.3% de las mujeres que tienen un nivel de conocimiento bueno sobre el cáncer de cuello uterino.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el nivel de actitud no habiendo significancia estadística con un valor p de 0.173.

TABLA N°9

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE EL NIVEL DE ACTITUD Y EL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES DE EDAD FÉRTIL EN EL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA

		NIVELES DE PERCEPCIÓN DE RIESGO								Valor P
		Alto riesgo		Mediano Riesgo		Bajo Riesgo		Total		
		N	%	n	%	n	%	n	%	
NIVEL DE ACTITUD	Actitud negativa	19	17,1%	76	68,5%	16	14,4%	111	100,0%	0.205
	Actitud positiva	10	9,5%	82	78,1%	13	12,4%	105	100,0%	
	Total	29	13,4%	158	73,1%	29	13,4%	216	100,0%	

En la tabla N° 9 hace relación entre el nivel de actitud y el nivel de percepción de riesgo de las mujeres en edad fértil, en donde presentan un nivel de percepción de alto riesgo el 17.1% de las mujeres que tienen una actitud negativa y el 9.5% de las mujeres que tienen una actitud positiva; tienen una percepción de mediano riesgo el 78.1% de las mujeres que tienen una actitud positiva y el 68.5% de las mujeres que tiene una actitud negativa y tienen una percepción de bajo riesgo el 14.4% de las mujeres que tienen una actitud negativa y el 12.4% de las mujeres que tienen una actitud positiva.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre el nivel de actitud y el nivel de percepción de riesgo no habiendo significancia estadística con un valor p de 0.205.

TABLA N°10

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ENTRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO Y EL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE
EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN LAS MUJERES DE EDAD
FÉRTIL EN EL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA**

		NIVELES DE PERCEPCIÓN DE RIESGO								Valor P
		Alto riesgo		Mediano Riesgo		Bajo Riesgo		Total		
		n	%	n	%	n	%	N	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Muy Malo	23	21,9%	80	76,2%	2	1,9%	105	100,0%	0.000
	Regular	6	7,9%	57	75,0%	13	17,1%	76	100,0%	
	Bueno	0	0,0%	21	60,0%	14	40,0%	35	100,0%	
	Total	29	13,4%	158	73,1%	29	13,4%	216	100,0%	

En la tabla N° 10 hace relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de percepción de riesgo de las mujeres en edad fértil, donde presenta un nivel de percepción de alto riesgo el 21.9% de las mujeres que tienen un muy malo nivel de conocimiento y el 7.9% de las mujeres que tienen un nivel de conocimiento regular; tienen un nivel de percepción de mediano riesgo el 76.2% de las mujeres que tienen un muy bajo nivel de conocimiento, el 75% de las mujeres que tiene un regular nivel de conocimiento y el 60% de las mujeres que tiene un nivel de conocimiento bueno y tiene una nivel de percepción de riesgo bajo el 40% de las mujeres que tiene un nivel de conocimiento bueno, el 17.1% de las mujeres que tiene un nivel de conocimiento regular y el 1.9% de las mujeres que tiene un nivel de conocimiento muy malo.

Se realizó la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y el nivel de percepción de riesgo encontrando significancia estadística con un valor p de 0.000.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

La presente investigación se realizó para estudiar el nivel de conocimientos, actitudes y la percepción de riesgo sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva en el año 2013, si bien es cierto se habla mucho sobre el cáncer de cuello uterino y de las actividades preventivo promocionales que se realizan como parte de la política del MINSA; pero a pesar de la existencia de programas de despistaje, las mujeres sufren y mueren por cáncer de cuello uterino, siendo mundialmente una de las principales causas de muerte en la población femenina.

Se consideró como criterio de exclusión del trabajo las mujeres que tengan el diagnóstico definitivo anatomopatológico de positivo para cáncer de cuello uterino pues se le considero como población sesgada ya que lo que se buscó en el presente trabajo de investigación saber el nivel de conocimientos sobre cáncer de cuello uterino de las mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva pero sin que ellas hayan tenido que buscar de manera interesada información por presentar esta patología.

En nuestra población encontramos mujeres en edad fértil que en su mayoría presentaban entre 18 y 29 años de edad con un 44% seguida de mujeres entre 30 y 39 años con un 35.2% del total de mujeres encuestadas, población similar a la de los estudios realizados por Palma²⁵, Huaman²⁶ y Seminario-Pintado²⁷; esta muestra poblacional en su mayoría eran convivientes con un 45.4% y presentaban entre 1 a 2 hijos 50.5% por mujer encuestada y al referirnos al grado de instrucción en su mayoría eran mujeres con educación secundaria con un 73.6% del total de la población en estudio a diferencia del estudio de Perrote¹⁵ donde el total de la población estudiada eran estudiantes.

Con respecto al nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en la población muestral estudiada se determinó que en su mayoría tenían un nivel de

conocimiento muy malo con aproximadamente el 48.6% seguido de un nivel de conocimiento regular con un 35.2% y un 16.2% de un nivel de conocimiento bueno estos resultados fueron similares al estudio de Cogollo²¹ en Cartagena en donde se muestra que el 42% de la población tiene un bajo nivel de conocimiento a diferencia del trabajo realizado por Montes²⁸ donde el 67% de la población encuestada tiene un nivel de conocimiento medio seguido de un 17% de población con conocimiento bajo y un 16% de población con un alto nivel de conocimiento.

Podemos observar que en nuestro estudio el nivel de conocimiento se evalúa de manera diferente a todos los estudios anteriormente mencionados clasificándolos en muy malo, regular, bueno y muy bueno siguiendo la escala de calificación de Jorge Julio Chavez Pacheco.

Al relacionar el nivel de conocimiento con las características sociodemográficas en nuestro estudio podemos mencionar que el grado de instrucción influye en el nivel de conocimiento ya que a mayor grado de instrucción el nivel de conocimiento es mayor; así también lo relacionamos con los grupos etáreos en donde las mujeres que se ubican en el grupo de 18 a 29 años presentan mayor nivel de conocimientos que las mujeres que tienen entre 40 - 49 años resultado que puede ser comparado con el estudio de Texeira¹⁹ en Brasil en donde se encontró mayor nivel de conocimiento en las mujeres mayores de 35 años; al relacionar el nivel de conocimiento con el número de hijos en nuestro estudio se determinó que a mayor número de hijos el nivel de conocimiento es más bajo que las mujeres que no tienen hijos en donde el nivel de conocimiento es mayor.

Con respecto al nivel de actitud sobre el cáncer de cuello uterino la población encuestada presentó una actitud positiva en un 48.6% seguida de una actitud indiferente en un 28.2% y una actitud negativa en un 23.1% que para fines didácticos estas últimas se asumirán como actitud negativa sumando un 51.3% comparándolo con el trabajo realizado por Texeira¹⁹ en Brasil en donde el 28% de la población tenía una actitud adecuada a diferencia del 48.6% de nuestro

estudio o el estudio realizado en Chiclayo por Seminario-Pintado²⁷ en donde el 47.4% de las mujeres presentan una actitud favorable o al trabajo realizado por Cogollo²¹ en Cartagena en donde el 55% de la población estudiada presentó una actitud desfavorable resultado similar a la suma que se realizó en nuestro estudio entre la actitud indiferente y la actitud negativa (51.3%).

Al buscar la relación entre el nivel de actitud y las variables sociodemográficas obtenemos que hay significancia estadística ($p: 0.029$) con el grupo etáreo en donde el grupo de mujeres comprendidas entre 30 a 39 años tienen una actitud negativa frente al cáncer de cuello uterino con un 60.5% seguida de las mujeres que tienen entre 18 a 29 años con un 51.6% lo que determinaría que las mujeres relativamente jóvenes presenta mayor actitud negativa, lo que se contrasta con el 64.4% de mujeres que tienen entre 40 - 49 años que tiene una actitud positiva sobre el cáncer de cuello uterino lo que concuerda con el estudio realizado por Texeira¹⁹ en donde los resultados encontraron actitudes adecuadas en la mayoría de mujeres mayores de 35 años; no encontrando así significancia estadística con estado civil ($p: 0.161$), número de hijos ($p: 0.160$) y grado de instrucción ($p: 0.249$) lo que difiere de otros estudios donde encuentran significancia estadística con el grado de instrucción como es en el estudio realizado por Seminario-Pintado²⁷ en Chiclayo en el cual las mujeres con actitud desfavorable se halló 5.6 veces más probabilidades de solamente haber concluido estudios en el colegio.

Con respecto al nivel de percepción de riesgo sobre el cáncer de cuello uterino la población en estudio mostró una percepción de mediano riesgo en un 73.1% del total de encuestados, seguido del 13.4% de las mujeres que tienen una percepción de alto riesgo al igual que el 13.4% de las mujeres que tienen una percepción de bajo riesgo resultados que son diferentes a los estudios ya anteriormente citados en los que la mayoría de población percibe un alto o bajo riesgo como en el estudio realizado por Ndlovu¹⁷ en South África donde el 60.8% se consideran en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino a diferencia del 13.4% de la población de nuestro estudio que tiene una percepción de riesgo alto de desarrollar cáncer de cuello uterino o el estudio realizado por Miranda³⁰ en Arequipa en el

que muestran en líneas generales favorable susceptibilidad personal hacia el desarrollo del cáncer de cuello uterino cuyo resultado es similar al de Ndlovu y guarda diferencia con el de nuestro estudio que tiene un 13.4% con nivel de percepción de alto riesgo o el trabajo realizado por Urrutia¹⁴ en Chile donde hay un 17.4% de las mujeres encuestadas se perciben fuera de riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino resultado similar al encontrado en nuestro estudio que tiene un 13.4% como nivel de percepción de bajo riesgo.

Aquí podemos observar que a diferencia de nuestro estudio en el que el nivel de percepción de riesgo es dividido en alto mediano y bajo los estudios tomados como antecedentes lo clasifican de diferente manera como por ejemplo si se consideran “fuera de riesgo” o en “riesgo”.

Al asociar el nivel de percepción de riesgo con grupo étnico, estado civil, número de hijos y grado de instrucción si se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) en la asociación del nivel de percepción de riesgo con el grupo étnico podemos determinar que independientemente de la edad que tengan las mujeres encuestadas ellas en su mayor porcentaje tienen una percepción de riesgo mediano al igual que en la asociación con el estado civil donde en su mayoría las mujeres encuestadas con sus diferentes estados civiles presentan una percepción de mediano riesgo del mismo modo con el número de hijos y el grado de instrucción donde su percepción es de mediano riesgo

Con respecto a las asociaciones entre el nivel de conocimiento y el nivel de actitudes no se encontró en el estudio una significancia estadística ($p: 0.173$) a diferencia del estudio realizado por Huaman²⁶ en Trujillo en donde sí se encontró significancia estadística ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las mujeres.

Al realizar la relación entre el nivel de actitud y el nivel de percepción de riesgo no se pudo obtener significancia estadística con un valor p de 0.205 al igual que en los trabajos citados anteriormente donde no hubo este tipo de asociación por lo que no se puede realizar comparaciones con nuestro estudio.

Al buscar una asociación entre el nivel de conocimiento y el nivel de percepción de riesgo se encontró significancia estadística ($p: 0.000$) en donde tanto las mujeres que tienen un nivel de conocimiento muy malo, regular o bueno presentan una percepción de mediano riesgo en un 76.2%; 75% y 60% respectivamente.

Por todo lo anterior podemos decir que el nivel de conocimiento no tiene influencia significativa con el nivel de actitud de las mujeres de nuestra población en estudio y que las actitudes no tienen relación significativa con el nivel de percepción de riesgo más si el nivel de conocimiento guarda relación con el nivel de percepción de riesgo.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva de Tacna es muy malo en un 48.6%, regular en un 35.2% y bueno en un 16.2%.
2. La actitud que adoptan las mujeres en edad fértil hacia el cáncer de cuello uterino en el distrito de Ciudad Nueva es positiva en un 48.6%, indiferente 28.2% y negativa en un 23.1%.
3. La percepción de riesgo hacia el cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva es de mediano riesgo en un 73.1%, de bajo riesgo en un 13.4% y de alto riesgo en un 13.4%.
4. Las variables sociodemográficas (edad, estado civil, número de hijos y grado de instrucción) tienen asociación con el nivel de conocimiento y el nivel de percepción de riesgo y con respecto al nivel de actitud hacia el cáncer de cuello uterino de las mujeres en edad fértil del distrito de Ciudad Nueva solo tienen asociación estadísticamente significativa con la edad de estas mujeres.

RECOMENDACIONES

- Revisar los programas de difusión sobre cáncer de cuello uterino para analizar sus debilidades y así complementar las campañas de prevención en las mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva.
- Establecer en la comunidad redes de apoyo social, convocando a personajes debidamente capacitados influyentes en la mujer, como los agentes comunitarios, que brinde charlas informativas para lograr romper las barreras de prejuicios y creencias equivocadas sobre la el cáncer de cuello uterino, concientizando a la mujer sobre la importancia de la salud preventiva, enfocando principalmente los aspectos promocionales.
- Se recomienda determinar los diferentes factores que influyen en la actitud que asumen las mujeres de edad fértil del distrito de Ciudad Nueva.
- Para estudios posteriores, recomendamos ampliarlos a poblaciones en riesgo, con bajos niveles socioeconómicos, en centros de educación superior y en otras provincias del país; mejorar el instrumento incluyendo la tasa de rechazo a la encuesta e indagar sobre cuál es la fuente de origen de estos conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organization, Project GLOBOCAN[sede Web]*. Lyon: World Health. [actualizado 2010; acceso 14 de octubre del 2012]. Cervical Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en:<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>..
2. OPS. PATH. Cáncer cervicouterino: magnitud del problema: Fundamentos en Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino. 3a ed. Washington. 2002 Págs. 3-4..
3. Guitierrez C, Romani F, Ramos J, Alarcon E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. Rev. peru. epidemiol. 2010;14(1): 39-49..
4. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004-2005. Informe Ejecutivo. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología..
5. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 222-31..
6. Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de situación de salud. Tacna: Región de salud Tacna; 2010. .
7. Dirección de derechos y ciudadanía de mujeres. Una Aproximación a la situación de las mujeres en el Perú. Ministerio de la mujer y desarrollo social. 2010.
8. Dirección Regional de Salud Tacna. Departamento de Tacna: Tumor maligno cuello del útero según grupo de edad. Años 2007-2011. Oficina de Información Técnica Estadística. 2012. .

9. FONDO ESPAÑA -OPS. Proyecto de Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención del Cáncer Cervicouterino.2008.Disponible en: http://new.paho.org/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=701&Itemid=497. .
10. Murray M. Avances en la prevención del cáncer de cuello uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección. Outlook [revista en Internet]. 2010. [acceso 1 de noviembre del 2012]; 27(2) Disponible en: http://www.rho.org/files/PATH_outlook_27_2_sp.pdf.
11. Solidoro A, Olivares L, Castelano C, Barriga O, Galdos R, Caceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. 2004. DIAGNOSTICO 1:(2). .
12. Zamberlin N, Thouyaret L, Arrossi S. Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP. Buenos Aires:Oficina regional de la Organización panamericana de la Salud. 2011.
13. Martínez, ML; Borràs, JM; Méndez, E; Peris, M; Vidal, A Publicado en *Enferm Clin.* 000;10:95-105. - vol.10 núm 3. Percepción del riesgo del cáncer y sus causas. Resultados en una muestra de enfermeras y de estudiantes de enfermería Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/percepcion-riesgo-cancer-sus-causas-resultados-una-10874-originales-2000>
14. Urrutia M. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvicouterino en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(1): 3 - 10. .
15. Perrotte N, Gomez A, Mason G, Stroup D. An assessment of knowledge, attitudes and behaviour regarding the human papillomavirus. *West Indian med. j.* 2012.61(1): 58-63. .
16. Ndlovu B. Awareness, knowledge and experiences of women regarding cervical cancer in rural Kwazulu-Natal, South Africa. [tesis of Master of Nursing Science]. South Africa:Faculty of Health Sciences at the Stellenbosch University; 2011. .

17. Texeira M, Bezerra A, Pimentel A, de Queiroz L, Grangeiro R. Conocimiento, actitud y práctica relacionada al cáncer de cuello uterino entre usuarias de una unidad básica de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011; 19(1):1- 9. .
18. Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la patología cérvicouterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 223-231. .
19. Palma JE. Prácticas de prevención del cancer Cervicouterino en usuarias del C.S. Leonor Saavedra-San Juan de Miraflores; de Enero a Marzo. 2011. [tesis de grado].Tacna: Facultad de medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. .
20. Huamán M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV - Scientia 2010; 2(2): 34-42. .
21. Seminario-Pintado M, Chero-Farro D, Colorado-Julca F, Gómez-Palacios S, Lamas-Ramírez Z, Parraguez-Mendoza C, et al. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al cáncer cervicouterino en mujeres del distrito de Chiclayo - 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA 4(2) 2011. .
22. Montes Y. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino en los estudiantes del Colegio "Túpac Amaru" 2008. [Tesis de Especialista en Enfermería Oncológica.]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina. Unidad De Post Grado.Lima. Perú; 2009. .
23. Huamaní C. Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007 Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2008; 25(1): 44-50. .

24. Miranda L. Conocimiento y actitudes de las pacientes con cáncer de cuello uterino hacia el tratamiento oncológico: Departamento de Oncología y Radioterapia. Hospital Goyeneche Arequipa, 2007. [Tesis de Especialista en Enfermería Oncológica.]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad De Medicina Humana.Unidad De Post Grado.Lima. Perú; 2007. .
25. Ponce M. Percepción de riesgo y prevención del cáncer génito mamario en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. Argentina 2006.
26. Llanes A, Torres I, Barrientos C, Lin D. El cáncer cérvico uterino, enemigo número uno de la salud de la mujer. Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2010; 3(1): 1-15. .
27. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, Lazcano-Ponce E, Herrero R. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. salud pública de méxico 2010. 52(6): 554-559. .
28. Alvarez C, Castro E, Virginillo J, Bruno G, González C, Vallejos J, Dieguez A. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Revista Argentina de Radiología. 2012 76(2): 169-171. .
29. Sociedad Americana de Cáncer. [sede Web]* Washington: Sociedad Americana de Cáncer; 2012 [acceso 22 de diciembre de 2012].ACS. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/>. [Online].
30. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Compendio de Guías de Bolsillo de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Guatemala: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; 2011.
31. García L. El proceso de difusión de la identificación europea y de las actitudes hacia la unión a través de las redes sociales. [tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Sociología II (Ecología humana y población), Universidad Complutense de Madrid; 2005. .

32. Huertas JM. Actitudes humanas, actitudes sociales. Madrid: Universidad de Mayores de Experiencia Recíproca; 2008. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Documentos de trabajo:47. .
33. Sulbarán D. Medición de actitudes. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2009.. .
34. Vera A, Varela L, Macía F, 2010. El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. Cienc Trab. Ene-Mar; 12 (35): 243-250.
35. Gómez R. y col.(2010) “Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padresy docentes del CBU de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo”
36. Mendoza O. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicoterino en las usuarias de Centro de Salud Fortaleza, Vitarte-Lima(2006)

5. ANEXOS

ANEXO 01

TABLA 01: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Tumor Primario (T). (32)

Categoría TNM	Estadio FIGO	
TX		El tumor primario no puede evaluarse.
T0		No hay evidencia de tumor primario.
Tis*		Carcinoma <i>in situ</i> (carcinoma preinvasivo).
T1	I	Carcinoma cervical confinado al útero (la extensión al cuerpo no debe ser tomada en cuenta).
T1a**	IA	Carcinoma invasor diagnosticado sólo mediante microscopía. Invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal \leq a 7 mm. El compromiso del compartimento vascular, venoso o linfático no afecta la clasificación.
T1a1	IA1	Invasión estromal \leq 3 mm en profundidad y \leq 7 mm de extensión horizontal.
T1a2	IA2	Invasión estromal $>$ 3 mm y \leq 5 mm en profundidad, con una extensión horizontal \leq a 7 mm.
T1b	IB	Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a/IA2.
T1b1	IB1	Lesión clínicamente visible \leq 4 cm en su mayor diámetro.
T1b2	IB2	Lesión clínicamente visible $>$ 4 cm en su mayor diámetro.
T2	II	Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no compromete la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
T2a	IIA	Tumor sin Invasión de parametrios.
T2a1	IIA1	Lesión clínicamente visible \leq 4 cm en su mayor diámetro.
T2a2	IIA2	Lesión clínicamente visible $>$ 4 cm en su mayor diámetro.
T2b	IIB	Tumor con Invasión de parametrios, sin llegar a la pared pelviana.
T3	III	Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal.
T3a	IIIA	El tumor compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
T3b	IIIB	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal.
T4	IVA	El tumor invade la mucosa de la vejiga o del recto y/o se extiende más allá de la pelvis (el edema bullosa no es suficiente para clasificar un tumor como T4).

* FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis).

** Todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial, son consideradas como T1b1B.

TABLA 02: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Nódulos Linfáticos Regionales (N). (32)

Categoría TNM	Estadio FIGO	
NX		Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
N0		No hay ganglios linfáticos regionales metastásicos.
N1	IIIB	Presencia de ganglios linfáticos regionales metastásicos.

TABLA 03: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Metástasis a Distancia (M). (32)

Categoría TNM	Estadio FIGO	
M0		No hay metástasis a distancia.
M1	IVB	Metástasis a distancia (Incluyendo siembra peritoneal, ganglios linfáticos supraclaviculares, mediastinales o para-aórticos, pulmón, hígado o hueso).

TABLA 04: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Estadio anatómico - Grupos pronósticos (32)

Estadio	T	N	M
Estadio 0*	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IA	T1a	N0	M0
Estadio IA1	T1a1	N0	M0
Estadio IA2	T1a2	N0	M0
Estadio IB	T1b	N0	M0
Estadio IB1	T1b1	N0	M0
Estadio IB2	T1b2	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio IIA	T2a	N0	M0
Estadio IIA1	T2a1	N0	M0
Estadio IIA2	T2a2	N0	M0
Estadio IIB	T2b	N0	M0
Estadio III	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T3a	N0	M0
Estadio IIIB	T3b	Cualquier N	M0
	T1-3	N1	M0
Estadio IVA	T4	Cualquier N	M0
Estadio IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1

* FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis).

ANEXO 02 CUESTIONARIO MODIFICADO DE MONTES y MIRANDA.

(27)

CUESTIONARIO

Estimada Sra(Srta):

Me llamo Jhonattan Pierre Alferez Sucso, de egresado de la carrera profesional de MedicinaHumana, en esta oportunidad agradezco anticipadamente la oportunidad que me brindan de poder dirigirme a ustedes. Quisiera hacerles participar en el tema de investigación que estoy llevando a cabo acerca de **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIÓN DE RIESGO HACIA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

El estudio es completamente confidencial y anónimo nadie sabrá lo que responda. A continuación se les repartirá un cuestionario con el objetivo de recopilar información sobre los conocimientos que tiene sobre el tema.

PARTE 1:

Datos generales:

Dirección:

Teléfono:

Edad:

Estado conyugal: a. Soltera () b. Separada () c Conviviente () d. Viuda () e. Casada ()

Número de hijos:

Ultimo grado de instrucción que estudio:

Instrucciones:

A continuación responda colocando un aspa en la respuesta que crea conveniente:

1. ¿Qué entiende por cáncer?

- a) Es el crecimiento sin control de células anormales.

- b) Es una enfermedad tropical
 - c) Es una enfermedad respiratoria
 - d) Es una infección producida por hongos.
- 2. El cáncer del cuello uterino se define como:**
- a) Una enfermedad benigna que no tiene síntomas
 - b) .Un mal que se produce en la vagina
 - c) .Es una enfermedad maligna que se instala en el cuello uterino
 - d) .No sabe
- 3. El tipo de cáncer que causa más muertes en la mujer peruana es:**
- a) El cáncer de hígado
 - b) El cáncer de tiroides
 - c) El cáncer de la piel
 - d) El cáncer del cuello uterino
- 4. El medio para detectar el cáncer de cuello uterino es:**
- a) Rayos X de pulmón
 - b) El Papanicolaou o examen citológico
 - c) Los exámenes de laboratorio
 - d) No sabe

A continuación se presentan preguntas sobre factores de riesgo del cáncer del cuello uterino. El factor de riesgo es toda situación o posibilidad que tiene una persona para contraer el cáncer del cuello uterino.

- 5. Es una conducta de alto riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino:**
- a) Posponer las relaciones sexuales a una edad adulta.
 - b) Iniciar relaciones sexuales antes de los 16 años
 - c) Tener una sola pareja sexual.
 - d) No sabe
- 6. El principal factor de riesgo del cáncer del cuello uterino es:**
- a) La enfermedad de transmisión sexual con el papiloma virus humano.

- b) La diabetes Mellitus
- c) Las enfermedades ocasionadas por bacterias
- d) No sabe

7. Los grupos de alto riesgo para iniciar el cáncer del cuello uterino son:

- a) Los homosexuales
- b) Los adultos
- c) Los jóvenes adolescentes
- d) Los ancianos

8. Las enfermedades de transmisión sexual que predisponen al cáncer del cuello uterino son:

- a) Herpes simple tipo 2
- b) Gonorrea
- c) Sida
- d) Todas las anteriores

9. Una mujer puede contraer el cáncer del cuello uterino cuando:

- a) Tiene varios compañeros sexuales
- b) Tiene relaciones sexuales antes de los 18 años
- c) Se embaraza a temprana edad
- d) Todas las anteriores.

10. Cree que el embarazo antes de los 18 años puede ser un factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

11. Considera que tener relaciones sexuales antes de los 18 años podría causar el cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

12. El cáncer del cuello uterino se puede evitar?

- a) SI

- b) No
- c) No sabe

13. La infección con el virus del papiloma humano es una enfermedad de transmisión sexual?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

14. Tener varios compañeros sexuales es un riesgo para contraer el cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

15. Las condiciones socioeconómicas bajas pueden ser un factor de riesgo?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

16. El hábito de fumar es un factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

17. El consumo de anticonceptivos orales por más de cinco años puede ocasionar el cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

18. La reducción en el consumo de vitaminas A, B, E y Ácido fólico son un

factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino?

- a) Si

- b) No
- c) No sabe

19. Una mujer que tiene muchos hijos puede contraer el cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

20. Las defensas bajas del organismo pueden predisponer al cáncer del cuello uterino?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

PARTE 2:

Cada una de las afirmaciones en esta parte del cuestionario expresa un sentimiento o actitud hacia el cáncer y/o el tratamiento oncológico. Marque con una equis(X) la letra que indique mejor su concordancia con la actitud que se expresa en cada afirmación SEGÚN SU OPINIÓN.

Clave:

TOTALMENTE DESACUERDO	1
DESACUERDO	2
INDECISO	3
DE ACUERDO	4
TOTALMENTE DE ACUERDO	5

ENUNCIADOS	1	2	3	4	5
1.Considera improbable que puede Ud. tener cáncer					
2. El Cáncer la asusta.					
3.El Cáncer de Cuello Uterino es una enfermedad					
4. Prefiero no ir al médico para no enterarme que tengo cáncer					
5. El examen de cuello uterino debe ser practicado mínimamente una vez cada año desde que la mujer inicia su vida sexual.					
6. El cáncer es curable si se detecta a tiempo.					
7. Se debe esperar a la aparición de síntomas como sangrado y/o dolor para acudir al médico para descartar un posible cáncer de cuello uterino					
8. El Papanicolaou es opcional para realizar el diagnóstico de cáncer de cuello uterino					
9. Los problemas que generan el padecer Cáncer de Cuello Uterino duran mucho tiempo.					
10. Se debe esperar a la aparición de síntomas como sangrado y/o dolor para acudir al médico para tratar un posible cáncer cervical					
11. El tratamiento para un paciente con cáncer de cuello uterino es doloroso.					
12. El tratamiento iniciado a tiempo puede curar el cáncer					
13. Se debe de aislar a una persona que tiene cáncer para evitar contagie al resto de las personas.					
14. Se debe dejar de fumar para evitar el cáncer del cuello uterino.					
15. Los controles médicos son incómodos y dolorosos					
16. El cáncer de cuello uterino se puede evitar con una vacuna					
17. Por tener Cáncer de Cuello Uterino mi vida podría cambiar totalmente.					
18. El Cáncer de Cuello Uterino repercute gravemente en la estructura y economía familiar.					
19. Por tener cáncer una persona puede ser marginada					
20. El cáncer de cuello uterino hará que sea menos femenina					

PARTE 3:

Cada una de las preguntas en esta parte del cuestionario expresa su percepción hacia el cáncer y/o factores de riesgo. Marque con una equis(X) la letra que indique mejor su concordancia con la percepción de riesgo que se expresa en cada pregunta SEGÚN SU OPINIÓN.

Clave:

TOTALMENTE DESACUERDO	1
DESACUERDO	2
INDECISO	3
DE ACUERDO	4
TOTALMENTE DE ACUERDO	5

ENUNCIADO	1	2	3	4	5
1. ¿Cree usted el cáncer de cuello uterino es una enfermedad mortal?					
2. ¿Cree usted que todas las mujeres están en riesgo de padecer cáncer de cuello uterino?					
3. ¿Cree usted que posponer el inicio de las relaciones sexuales disminuye el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
4. ¿Cree usted que el asistir a sus controles ginecológicos reduce el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino?					
5. ¿Cree usted que si tuviera cáncer de cuello uterino afectaría su vida y su salud?					
6. ¿Cree usted que si le da cáncer de cuello uterino podría morir?					
7. Se siente en riesgo de padecer cáncer de cuello uterino en algún momento de su vida					
8. ¿Cree usted que es tarea de uno mismo prevenir el cáncer de cuello uterino?					
9. ¿Cree usted que el no realizarse la prueba del Papanicolaou aumenta el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
10. ¿Considera ud que el haber usado ropa interior de otra persona predispone a padecer cáncer de cuello uterino?					
11. ¿Considera usted que una condición económica baja aumenta el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
12. ¿Cree usted que tener un bajo nivel educativo aumenta el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
13. ¿Considera Ud que tener varias parejas sexuales puede causar el cáncer de cuello uterino?					
14. ¿Considera que tener relaciones sexuales muy joven podría favorecer el cáncer de cuello uterino?					
15. ¿En caso de que su pareja tenga varias parejas sexuales podría ser un riesgo para que Ud. presente cáncer de Cuello Uterino?					

16. ¿Cree Ud que las enfermedades que se transmiten por contacto sexual puedan relacionarse con el cáncer de cuello uterino?					
17. ¿Sabe Ud. si una mujer que tuvo su primer hijo a edad muy joven pueda estar en riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
18. ¿Considera Ud. que la mujer que tiene muchos hijos, tiene riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
19. ¿Considera Ud. que los partos vaginales representan un riesgo de presentar cáncer de cuello uterino?					
20. ¿Sabe Ud. si la persona que usa por largo tiempo los anticonceptivos orales tiene riesgo de cáncer de cuello uterino?					
21. ¿Cree usted que el uso de preservativo disminuya el riesgo de padecer de cáncer de cuello uterino?					
22. ¿Considera Ud. que la persona que fuma por largo tiempo puede estar en riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
23. ¿Considera usted que la persona que toma alcohol en exceso pueda estar en riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
24. ¿Considera Ud. que una buena alimentación disminuye el riesgo de presentar cáncer de cuello uterino?					
25. ¿Considera que una persona que tiene defensas bajas tiene riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino?					
26. ¿Considera Ud. que si una mujer tuvo cáncer de cuello uterino su hija también pueda tenerlo?					
27. ¿Considera usted que el estrés aumenta el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
28. ¿Cree usted que el ejercicio contribuya a que el cáncer de cuello uterino tarde más en aparecer?					
29. ¿Cree usted que la práctica de ejercicio habitualmente contribuye a disminuir el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino?					
30. ¿Cree usted que la obesidad predispone para tener cáncer de cuello uterino?					
31. ¿Cree usted que tener un familiar con cáncer predispone a padecer cáncer de cuello uterino?					
32. ¿Cree usted que tener una edad mayor de 45 años predispone a padecer cáncer de cuello uterino?					
33. ¿Cree usted que el haber tenido abortos aumenta el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					
34. ¿Cree usted que el tener relaciones sexuales durante la menstruación aumenta el riesgo de tener cáncer de cuello uterino?					

ANEXO 03

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR DE INVESTIGACIÓN

Yo,

voluntariamente luego de ser informado de los objetivos del presente estudio acepto participar del estudio denominado: **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIÓN DE RIESGO HACIA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA.**

En mi consentimiento yo certifico que he recibido la información adecuada de los procedimientos y finalidades de esta investigación, que la información será utilizada discretamente y únicamente para los fines del estudio; y he contestado con toda veracidad las preguntas que se me han realizado, así como he sido informado de que **en cualquier momento del estudio puedo retirar mi participación informándolo a la persona responsable del estudio.**

Además yo, por medio de la presente eximo de toda responsabilidad a los investigadores y colaboradores de cualquier reclamo que mi persona o familiares tengan o puedan tener en contra de ellos en lo que se refiere a esta investigación y sus resultados.

Tacna,de..... del.....

.....

Firma de la participante